FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

Année 1968 N° 8

THÈSE

présentée pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

par

Noëlle BOURGEOIS

née le 9 décembre 1938 à Lons-le-Saunier

Ancienne Externe des Hôpitaux de Strasbourg

Intérêt des examens sérologiques systématiques dans le dépistage de la Syphilis.

Président : A. BASSET, Professeur.

Année 1968 N° 8

THÈSE

présentée pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

par

Noëlle BOURGEOIS

née le 9 décembre 1938 à Lons-le-Saunier

Ancienne Externe des Hôpitaux de Strasbourg

Intérêt des examens sérologiques systématiques dans le dépistage de la Syphilis.

Président : A. BASSET, Professeur.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547012_0008

FACULTE DE MEDECINE DE STRASBOURG

Doyen	MM. CLAVERT Jean
Doyens honoraires	CALLOT Jacques FONTAINE René
Assesseur.	CALLOT Jacques

PROFESSEURS TITULAIRES

MM.	
ARON Claude	Histologie
BASSET André	Clinique Dermatologique
BUCK Paul	Chirurgie Infantile
CALLOT Jacques	Parasitologie
CHAMBRON Jacques	Physique Biologique
CHAUMONT André	Médecine Légale et Sociale
CLAVERT Jean	Embryologie
FONTAINE René	Clinique Chirurgicale A
GANDAR Robert	Clinique Gynécologique
GREINER Georges	Clinique Oto-Rhino-Laryngologique
GROS Charles	Electro-Radiologie
JUNG Adolphe	Chaire de Pathologie et Clinique Séméiologique Chirurgicales
KAMMERER Théophile	Clinique Psychiatrique
KAYSER Charles	Physiologie
KLEIN Marc	Biologie Médicale
KORITKE Jean-Georges	Anatomie Normale
LE GAL Yvon	Anatomie Pathologique
MANDEL Paul	Chimie Biologique
METZ Bernard	Physiologie Appliquée
METZGER Henri	Thérapeutique
MINCK Raymond	Chaire de Bactériologie, Virologie, Immunologie Générale
NORDMANN Jean	Clinique Ophtalmologique
OUDET Pierre	Pneumo-Phtisiologie
SACREZ Robert	Pédiatrie et Puériculture
STAHL Jules	Clinique Médicale B
STEPHAN Frédéric	Pathologie Expérimentale
THIEBAUT François	Clinique Neurologique
VEDRINE Jean	Stomatologie
WAITZ Robert	Hématologie
WARTER Julien	Clinique Médicale A
WEISS Alfred	Clinique Chirurgicale B
N ...	Hydrologie
N ...	Hygiène
N ...	Pharmacologie et Médecine Expérimentale

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

MM.

BRONNER Albert	Clinique Ophtalmologique
MARESCAUX Jean	Histologie
MARX Charles	Physiologie
MAYER Georges	Hématologie
ROHMER Francis	Clinique Neurologique
SEROR Joseph	Pathologie Chirurgicale
WINCKLER Georges	Anatomie

PROFESSEURS SANS CHAIRE

MM.

BATZENSCHLAGER André	Anatomie Pathologique
BURGHARD Guy	Pneumo-Phtisiologie
DORNER Marc	Clinique Médicale B
KARLI Pierre	Biologie Médicale
MANTZ Jean-Marie	Clinique Médicale A
MULLER Pierre	Gynécologie et Obstétrique
WITZ Jean-Paul	Clinique Chirurgicale B

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

MM.

ADLOFF Michel	Clinique Chirurgicale B
APROSIO Norbert	Anatomie
ASCH Léopold	Clinique Médicale A
BLOCH Roger	Pharmacologie
BOCKEL René	Clinique Médicale B
BOLLACK Claude	Clinique Chirurgicale A
BRINI Alfred	Clinique Ophtalmologique
CHAMBON Pierre	Chimie Biologique
EBTINGER René	Clinique Psychiatrique
FINCKER Louis	Clinique Médicale B
GAUTHIER-LAFAYE Pierre	Département d'Anesthésiologie
GRENIER Jacques	Clinique Chirurgicale B
HERAN Jacques	Pathologie Expérimentale
ISCH François	Clinique Neurologique
ISRAEL Lucien	Clinique Psychiatrique
JAHN Henri	Clinique Médicale B
JUIF Jean	Pédiatrie et Puériculture
KEILING Roger	Electro-Radiologie
KELLER Bernard	Gynécologie et Obstétrique (Maternité
KEMPF François	Electro-Radiologie(Clinique Médicale A
KEMPF Yvan	Pathologie Chirurgicale(Hôpital Stéphan
KIENY René	Clinique Chirurgicale A

KIRN André	Hygiène
KREMER Michel	Parasitologie
LANG Gabriel	Clinique Chirurgicale A
LAVILLAUREIX Jean	Bactériologie
LEVY Jean-Marc	Pédiatrie et Puériculture
MALEVILLE Jean	Clinique Dermatologique
Mme MAYER Simone	Hématologie
PHILIPPE Emile	Anatomie Pathologique
ROEGEL Emile	Pneumo-Phtisiologie
SACREZ André	Clinique Médicale A
SCHAFF Georges	Physiologie
SCHNEEGANS Ernest	Pédiatrie et Puériculture
SCHVINGT Eugène	Clinique Chirurgicale B
SCHWARTZ Jean	Pharmacologie
SIBILLY Abel	Clinique Chirurgicale A
VERGNES René	Physique Biologique
VINCENDON Guy	Chimie Biologique
WACKENHEIM Auguste	Electro-Radiologie (Clinique Neurologique)
WALTER Jean-Pierre	Electro-Radiologie
WARTER Pierre	Electro-Radiologie (Clinique Chirurgicale A)
WEILL Jean-Pierre	Clinique Médicale A
WILLARD Daniel	Pédiatrie et Puériculture

PROFESSEUR ASSOCIE

M.

PHILIPPIDES Demètre	Clinique Neurologique

AGREGES

MM.	CHAMPY	Stomatologie
	FRANK	Stomatologie
	KLOTZ	O. R. L.
	MARCOUX	Médecine Légale
	MEHL	Médecine Légale

AGREGES LIBRES

MM.	BEYER	MM.	KUHLMANN
	FORSTER		KUNTZMANN
	HOLLENDER		VOEGTLIN

DIRECTEUR DE L'INSTITUT DENTAIRE

M.le Professeur VEDRINE Jean

CHARGES D'UN COURS D'ENSEIGNEMENT COMPLEMENTAIRE

MM.	MATHIS	MM.	SINGER
	MOISE		TISSIER

SECRETAIRE PRINCIPAL DE LA FACULTE DE MEDECINE

M. Gilbert KIEHL

PROFESSEURS HONORAIRES

MM.	ARON Max	MM.	ROHMER
	BURGER P.		SCHMID
	BENOIT		THIODET J.
	ROEDERER		VINTEMBERGER

==========

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ni les approuver, ni les improuver.

S E R M E N T D'H I P P O C R A T E

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Etre suprême d'être fidèle aux lois del'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire audessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les moeurs, ni à favoriser les crimes.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis resté fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

A nos parents

nos maîtres

nos amis

A nos Juges

Monsieur le Professeur A. BASSET -
Il nous a prodigué depuis 3 ans un enseignement clair et vivant. Il a bien voulu nous confier ce sujet de thèse et en a suivi attentivement l'élaboration. Nous apprécions très vivement l'honneur qu'il nous fait en présidant notre jury et nous l'en remercions.

Monsieur le Professeur H. METZGER -
Après nous avoir initiée à l'art difficile de la thérapeutique il veut bien encore juger ce travail. Nous lui demandons de trouver ici le témoignage de notre très respectueux attachement.

Monsieur le Professeur Ag. R. BOCKEL -
Il guida nos pas hésitants dans le dédale de la médecine interne avec une patiente sollicitude. Qu'il soit assuré de notre sincère gratitude et de notre profond respect.

Monsieur le Professeur Ag. J. MALEVILLE -
En acceptant de juger cette thèse, il nous donne l'occasion de lui dire toute notre reconnaissance pour ses conseils et son enseignement.

A Madame le Docteur Alice ULLMO

Médecin Chef du Dispensaire Antivénérien
du Bas-Rhin

Au long des années que nous avons eu la joie de passer en son Service, elle nous a fait bénéficier de son expérience et de son savoir avec une inlassable patience, une intelligente fermeté et une attentive bienveillance.

Nous lui demandons de vouloir bien accepter notre profonde reconnaissance et notre sincère attachement.

P L A N

Introduction

Historique

Législation

Objet et méthodes d'étude

Chapitre I Syphilis récente

Chapitre II Syphilis tardive

Chapitre III Syphilis congénitale

Chapitre IV Syphilis latente

Inventaire récapitulatif

Intérêt du dépistage sérologique systématique et traitement

Conclusions

Bibliographie

INTRODUCTION

Depuis la dernière guerre on assiste à une diminution progressive des cas cliniques récents de syphilis alors que les sérologies positives ne suivent pas la même courbe descendante. Cette divergence peut provenir de deux causes principales :

- d'abord l'ignorance des médecins en matière de syphilis peut laisser supposer qu'un certain nombre de cas passent inaperçus.

- ensuite les progrès réalisés dans le domaine de la sérologie et la généralisation de la pratique d'examens sérologiques systématiques en de nombreuses circonstances au cours de la vie des individus font, qu'actuellement, les syphilis latentes échappent moins facilement au contrôle médical.

Nous avons essayé de déterminer quelle part revenait à ces examens sérologiques systématiques dans l'établissement du diagnostic chez les malades suivis au Dispensaire Antivénérien de Strasbourg et à la Clinique Dermatologique des Hospices Civils.

Parmi les 4.200 malades suivis au Dispensaire pendant ces vingt dernières années, nous avons relevé 335 dossiers où le dépistage de la maladie était le fruit des examens systématiques. Ce sont ces cas qui font l'objet de notre travail.

Schéma A

France = indice de syphilis récente pour 10.000 habitants

HISTORIQUE

En parcourant les statistiques des cinq continents on s'aperçoit que l'épidémie syphilitique est soumise à de nombreuses fluctuations en rapport avec des phénomènes socio-économiques. L'introduction de nouvelles thérapeutiques, à chaque fois apportait une rémission qui laissait espérer l'éradication de la maladie.

Jusqu'à présent ces hypothèses optimistes n'ont pas résisté à l'épreuve du temps.

Le XXème siècle voit naître l'espérance d'une "Therapia sterilisans magna" d'abord avec le 606en 1910 ; puis le bismuth en 1921 et enfin la pénicilline en 1944.

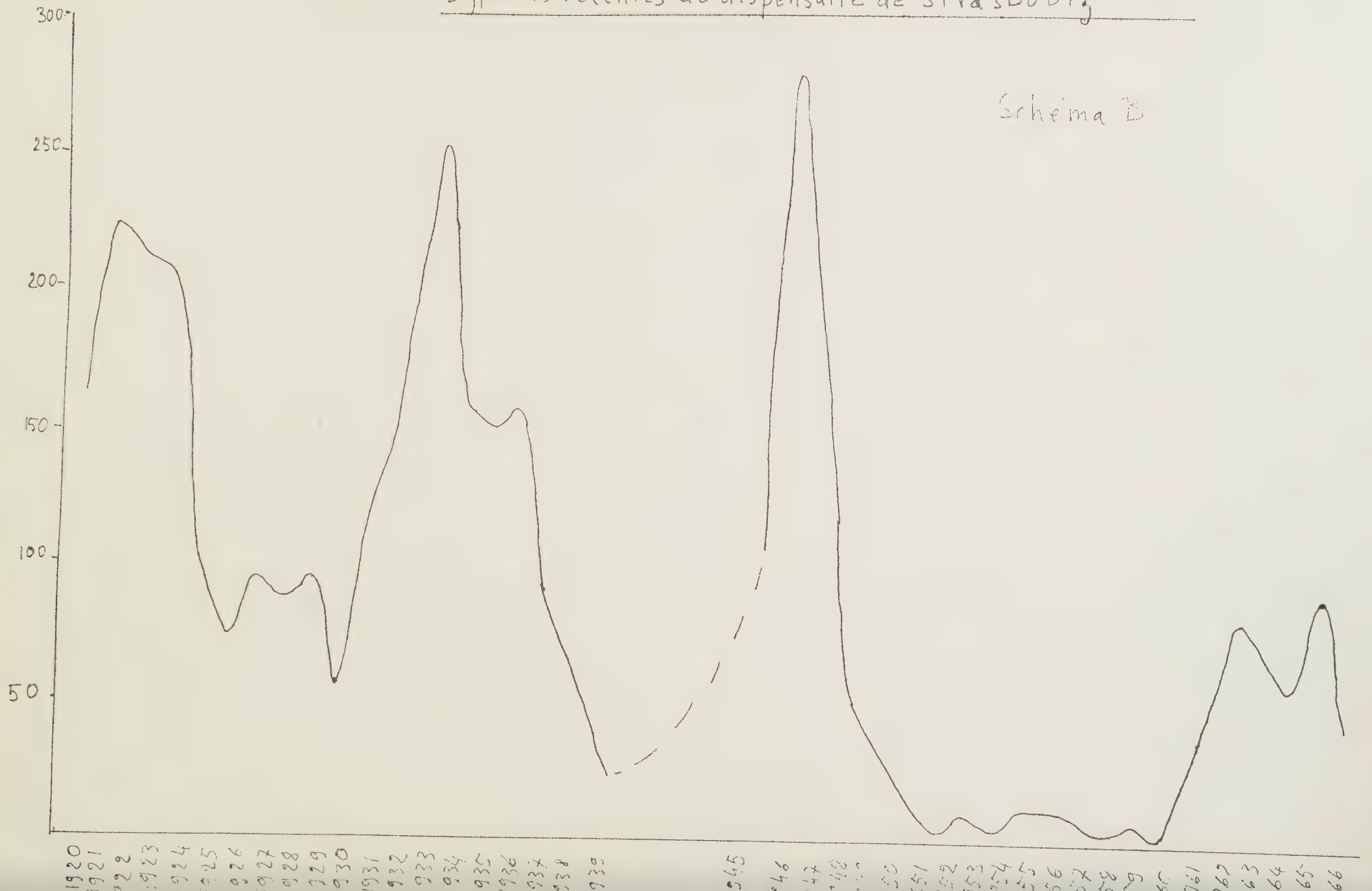
En dépit du pessimisme de certains, la pénicilline a, dans l'ensemble, gardé toute son activité. A l'heure actuelle, il est impossible de prévoir la durée de cette période heureuse. Les fluctuations de la morbidité syphilitique en France depuis un siècle sont semblables à celles des autres pays. C'est ainsi qu'on trouve des pics en 1880, 1917-1918, 1946, des dépressions en 1910, 1925, 1938, 1953 à 1955, et deux plateaux, l'un entre 1926 et 1935, l'autre qui s'est amorcé en 1956 et qui continue encore à s'étendre.

(Sur cette courbe, les taux d'accidents primaires et secondaires donnés pour 1/10.000 personnes proviennent des statistiques de l'armée métropolitaine de 1880 à 1925, puis de 39 villes de France de 1926 à 1944, enfin de la France entière à partir de 1945) (Schéma A).

L'expérience strasbourgeoise, depuis la fondation du Service Annexe en novembre 1919, reproduit la courbe nationale : deux pointes après les deux guerres, deux dépressions profondes en 1938 et 1950 ; enfin deux plateaux de 1926 à 1928 et de 1961 à 1965. Cette année, nous nous trouvons au même niveau qu'en 1929, 1939,1949 et 1961 (Schéma B).

Syphilis récentes au dispensaire de Strasbourg

Schéma B



Mais il faut noter que chez nos propres voisins, à Bâle, on assiste actuellement à une nette recrudescence de syphilis récentes.

Le paroxysme des années 1932 et 1934 à Strasbourg a incité Pautrier à prendre l'initiative d'inscrire l'étude de l'épidémiologie de la syphilis au programme de la séance spéciale de la Réunion de Dermatologie et Syphiligraphie de Strasbourg le 14 Mai 1933.

C'est au Professeur Pautrier qu'on doit la création du premier Service Annexe pour le traitement des syphilitiques. Ce Centre fut ouvert à Bourges le 4 Avril 1916 pour les civils travaillant aux Etablissements militaires, à la pyrotechnie, à l'Arsenal, etc...

LEGISLATION FRANÇAISE RELATIVE AU DEPISTAGE SEROLOGIQUE SYSTEMATIQUE DE LA SYPHILIS.

Au moment de la réunion strasbourgeoise, l'appareil législatif français relatif à la prophylaxie des maladies vénériennes était d'une grande pauvreté. Pour les marins de commerce sont créés des dispensaires dans les ports maritimes et fluviaux, et seuls les coiffeurs, les verriers, les nourrices et les enfants qui leur sont confiés sont amenés à subir des examens de dépistage systématique de syphilis.

A partir du projet SELLIER en 1936 la machine est mise en route. En 1939 et 1942 se constitue la grande charte de la lutte antivénérienne qui sera complétée en 1945 et 1946 par toute une série d'ordonnances. Le statut des dispensaires est fixé en 1948, depuis lors peu de choses ont été modifiées.

Voyons d'abord les outils dont nous a dotés la loi puis les possibilités de dépistage dans diverses catégories de la population.

- Recherche des agents contaminateurs :

Circulaires du 10 déc. 1936, 7 sept. et 18 nov.1939, 14 janv.1941, 10 fév. 1943, 16 fév. et 15 avril 1946.
Décret-loi du 31 déc. 1960
Ordonnance du 25 nov. 1960

Prévoient comment et par qui ces agents contaminateurs ou présumés tels doivent être recherchés. Créent le délit d'imprudence sanitaire.

- Contrôle prénuptial :

Ordonnance du 2 nov. 1945 art. 6

L'examen sérologique prénuptial est obligatoire pour les deux futurs conjoints (art. 155 - 157 - 158 du Code de la Santé Publ. ; décret du 11 mai 1955). Le médecin les prévient de leur affection et les met en garde contre les dangers qu'ils courrent. Mais les futurs conjoints restent libres de se marier.

- Contrôle prénatal :

Décret-loi du 29 nov. 1939
Acte dit loi du 31 déc. 1942
Ordonnance du 2 nov. 1945

Examen sérologique prénatal obligatoire pour la mère, facultatif pour le père (art. 149, 159 et 160 du code de la Santé Publ., art. 517 du code de la Sécurité Sociale).

Décret du 22 fév. 1965

L'examen sérologique pour la mère est obligatoire lors des trois premières grossesses, il n'est pas obligatoire si l'examen sérologique prénuptial a été délivré au cours des 6 mois précédents.

- Protection des enfants :

Protection des mineurs, nourrissons, enfants en garde (art. 169 du Code de la Santé Publ., loi du 6 juill. 1964)
Décrets du 21 avril 1945, 12 août 1945
Arrêté du 14 mai 1946

Le personnel des crèches, pouponnières, garderies, jardins d'enfants doit être indemne de maladie contagieuse.

-Prophylaxie pour les détenus :

Ordonnances du 18 juill., 2 nov. 1945
Circulaires du 5 mai, 12 oct. 1944, 8 fév. et 5 juin 1945, 23 janv. et 21 sept. 1946
Loi du 30 juill.1960
Ordonnance du 25 nov. 1960

La prophylaxie antivénérienne est obligatoire pour les détenus et peut être requise pour les prévenus en cas de preuves concordantes (art. 273 du code de la Santé Publ.)

- Naturalisation :

Ordonnance du 2 nov. 1945, § 4
Décret du 30 juin 1946
Circulaires du 7 févr. et du 23 avril 1952

Le médecin assermenté doit remplir un formulaire concernant le demandeur : est-il atteint de syphilis, la syphilis est-elle en période contagieuse, quelles manifestations présente encore le sujet.

- Travailleurs et immigrants étrangers :

Ordonnance du 2 nov. 1945
Décret du 30 juin 1946
Arrêté du 21 Avril 1959

Les étrangers immigrants ou venant travailler en France, de même que les étrangers protégés doivent subir un examen sérologique en vue du dépistage de la syphilis soit en France soit au départ deleur pays d'origine (art.1, 5, 7, 9, 14 et 15 du code du Travail).

Par l'article 9 sont dispensés de cet examen :

- les travailleurs saisonniers (art. 10 du Code du travail)
- les enfants de moins de 15 ans
- les réfugiés politiques
- les étrangers venus se faire soigner en France et disposant de ressources suffisantes
- les étudiants et les touristes
- les étrangers ayant servi dans une unité combattante française ou alliée
- les étrangers qui au titre de la Résistance, ou par leurs travaux littéraires, artistiques ou scientifiques ont rendu à la France des services éminents

Il est fait en plus une dérogation pour les Algériens, au terme des accords d'Evian du 19 mars 1962.

Bien que les textes ne le mentionnent pas, en principe, les malades sont gardés et traités gratuitement en France.

- Prostituées :

Décret-loi du 29nov. 1939
Acte dit loi du 31 déc. 1942

établissent une règlementation générale à l'égard de la prostitution

Décrets du 13 avril, 15 avril, 24 avril 1946
Décret d'application du 5 nov. 1947

créent le Fichier Sanitaire et Social pour toute femme se livrant à la prostitution; la surveillance des locaux

par la police; la fermeture des maisons de tolérance; la fondation d'établissements de rééducation.

Le législateur donne à ce propos une définition de l'état de prostitution : "Une prostituée est toute femme qui consent habituellement à des rapports sexuels avec un nombre indéterminé d'individus moyennant rémunération."

Loi du 30 juill.1960

Ordonnance du 25 nov. 1960 en accord avec la Convention de Genève,

promulguent l'abolition du Fichier et organisent la protection des prostituées qui désireraient s'évader de leur état. Si bien que le dépistage sérologique systématique chez les prostituées est devenu très aléatoire.

- Transfusion sanguine :

Arrêté du 28 mai 1956 art. 8

Le dépistage sérologique de la syphilis est obligatoire chez les donneurs de sang.

- Pour certains emplois il est demandé de produire un certificat mentionnant que le sujet n'est pas atteint de syphilis.

  - Dans les industries à caractère international ces mesures s'adressent au personnel naviguant dans l'aviation et au personnel de l'industrie des pétroles
  - De nombreuses industries ont le droit d'exiger cette sérologie systématique au moment de l'examen d'embauche.

Les mêmes lois sont applicables aux militaires du contingent.

OBJET ET METHODES D'ETUDE

Lestés de ce pesant bagage législatif, il nous a paru intéressant de voir l'application de ces différentes mesures dans le dépistage des syphilis ignorées.

A Lille de 1945 à 1964 les examens sérologiques systématiques ont démasqué 56,4 % de syphilis latente sur 2.548 sérologies positives.

En Gironde de 1961 à 1963, les examens sérologiques pratiqués chez les immigrants ont donné 1,5 % de résultats positifs.

Au Dispensaire de St-Etienne de 1946 à 1955, 36.627 sujets français ont subi un examen sérologique et 3,03 % de ces examens furent positifs dans le même temps que l'étaient 9,33 % chez 7.405 étrangers. Il faut noter que 79 % de ces étrangers étaient des ressortissants d'Afrique du Nord chez lesquels une enquête spéciale avait montré 13,56 % de sérologies positives se décomposant en 0,05 % de syphilis récente ; 1,05 % de syphilis tardives et 33,5 % de syphilis latentes. Chez les étrangers d'autre origine on trouvait 0,17 % de syphilis récente et 5,4 % de syphilis latentes.

Parmi la population stéphanoise, l'examen prénuptial a révélé 0,23 % de syphilis récente, 0,05 % de syphilis tardive et 13,1 % de syphilis latentes ; l'examen prénatal 0,47 % de syphilis récente et 6,4 % de syphilis latentes ; les examens sérologiques pratiqués chez les hospitalisés 0,05 % de syphilis récente, 0,54 % de syphilis tardive et 4,1 % de syphilis latentes ; chez les détenus 34 % de syphilis latentes.

Cette enquête menée à St-Etienne nous fait voir que les prisons y apportent la part la plus importante, puis viennent les Nord-africains, et là, nous remarquons que ces sujets présentent beaucoup moins de syphilis contagieuse que l'ensemble de la population autochtone, et

par contre une très forte proportion de syphilis latentes et tardives, ce qui vient confirmer les conclusions et de PAUTRIER et de CALLETTI, à savoir que ces immigrants, pauvres diables, manquant de travail, enlevés à leur milieu naturel, s'ils n'apportaient pas déjà la syphilis en passant leur frontière sont plus exposés que d'autres à la contracter et à devenir les victimes d'une prostitution spéciale qui s'installe souvent à proximité des camps ou des logements d'étrangers.

En feuilletant les statistiques apportées par les dispensaires français on constate la grande fluctuation de chaque groupe en fonction des conditions démographiques locales.

\+

\+ \+

Avant d'aborder l'objet de notre étude, il est bon de définir ce qu'il est convenu d'appeler une sérologie positive.

La sérologie moderne comporte actuellement 3 types de réactions :

1) les réactions cardiolipidiques qui sont les plus anciennes, les plus couramment employées et qui ont fait leurs preuves
2) le test d'immobilisation tréponémique de Nelson-Mayer qui est la plus fidèle des réactions mais d'une technique plus délicate et plus onéreuse.
3) l'immunofluorescence paraît pleine d'intérêt mais on n'a pas encore le recul suffisant pour pouvoir l'apprécier à sa juste valeur.

A l'heure actuelle les examens biologiques reposent sur les réactions cardiolipidiques. La plupart des auteurs, notamment BOIRON, MALGRAS et BASSET considèrent que la sérologie cardiolipidique est vraiment spécifique de la syphilis lorsqu'elle répond aux critères suivants :

- qu'elle soit positive au moins dans deux réactions, une de déviation du complément et une de floculation,
- que cette positivité persiste au cours des dilutions, au moins la deuxième,
- et qu'elle reste fixe dans le temps.

Si on admet cette définition on s'aperçoit qu'il n'y a pratiquement pas de fausse réaction de la syphilis et qu'il y a une concordance pratiquement absolue avec le test de Nelson. Le test de Nelson est la réaction la plus spécifique des tréponématoses et sert de référence à toutes les autres réactions.

\+

\+ \+

Nos malades proviennent soit du Dispensaire Antivénérien de Strasbourg, soit de la Clinique Dermatologique des Hospices Civils. Nous avons sélectionné les malades qui ont été adressés pour une sérologie de découverte fortuite.

En vertu de la définition que nous avons donnée avant d'affirmer qu'il s'agit bien d'une sérologie positive, nous demandons une deuxième sérologie au Centre de Transfusion Sanguine et si possible un test de Nelson de contrôle. Mais nous devons signaler que le test de Nelson n'a été de pratique courante à Strasbourg que depuis 1951.

En ce qui concerne les cas anciens nous n'avons conservé que les observations comportant une sérologie classique positive qui a été confirmée ultérieurement par un test de Nelson afin d'éliminer les réactions faussement positives.

Nous avons ainsi retenu 335 dossiers qui se sont groupés en 4 catégories : syphilis récente, syphilis tardive, syphilis congénitale, syphilis asymptomatique latente.

Voyons les caractéristiques générales de notre groupe :

-Suivant l'âge de la syphilis

	Dans notre groupe	Au Dispensaire pendant le même temps
Syphilis récente	23 cas	1.034 cas
Syphilis tardive	18 cas	137 cas
Syphilis congénitale	28 cas	269 cas
Syphilis latente	266 cas	2.839 cas

-Selon le milieu professionnel

172	Ouvriers soit	75,1 %
20	Employés	8,7 %
17	Commerçants	7,3 %
6	Fonctionnaires	2,6 %
4	Artisans	1,7 %
4	Etudiants	1,7 %
1	Ingénieur	0,4 %
1	Batelier	0,4 %

-Selon l'Etat Civil

Hommes célibataires 12,2 % mariés 43,8 %

Femmes célibataires 3,5 % mariées 40,2 %

Chez les femmes on trouve 4 prostituées et chez les hommes 3 homosexuels.

-Selon les Groupes d'âges

	Hommes		Femmes	
moins de 20 ans	8 soit	4,2 %	17 soit	11,5 %
21 à 30 ans	42	23,5 %	41	31,4 %
31 à 40 ans	37	17 %	30	19,8 %
41 à 50 ans	58	30 %	29	20,5 %
51 à 60 ans	30	16 %	16	10,8 %
au-delà de 60 ans	18	9 %	9	5,7 %

- Selon l'Origine ethnique

France	276	soit	82,8 %
Afrique du Nord	29		8,7 %
Italie	18		5,4 %
Espagne	4		1,2 %
Yougoslavie	2		0,6 %
Grèce	2		0,6 %
Allemagne	1		0,3 %
Vietnam	1		0,3 %
U. S. A.	1		0,3 %
Mali	1		0,3 %

L'agglomération strasbourgeoise comptait en 1965 :270.194 français et 12.497 étrangers dont 1/10 échappait au contrôle sérologique lors de l'immigration en vertu de l'art. 9 de l'ordonnance du 2 novembre 1945. Il ressort donc que nous avons la proportion de 0,10 % des français de Strasbourg et de 0,50 % des étrangers de la même région atteints de syphilis.

- Selon le lieu de recrutement de nos malades

les cliniques de l'Hôpital Civil	152	soit	45,3%
le dispensaire lui-même	50		14,9%
le Centre de Transfusion Sanguine	43		12,8%
les Consultations Prénuptiales	11		3,2%
les Consultations Prénatales	15		4,4%
l'Office d'Immigration et Naturalisation	24		7,1%
les médecins praticiens	25		7,4%
la Clinique Dermatologique	11		3,2%
les prisons	4		1,1%

A l'heure actuelle la plupart des services hospitaliers des Hospices Civils de Strasbourg pratiquent encore une sérologie systématique chez la plupart des malades hospitalisés.

Le nombre des syphilis récentes s'établit ainsi:

cliniques 10 - dispensaire 4 - transfusion 3 - consultation prénatale 2 - médecins 3 - prisons 1.

celui des syphilis tardives :

cliniques 14 - dispensaire 2 - médecins 2

celui des syphilis congénitales :

cliniques 13 - dispensaire 5 - transfusion 4 - immigration 4 - médecins 2.

celui des syphilis latentes :

cliniques 115 - dispensaire 39 - transfusion 36 -consultation prénuptiale 11 - consultation prénatale 13 - immigration et naturalisation 20 - médecins 18 - clinique dermatologique 11 - prisons 3.

Cette esquisse rapide nous montre que nous nous situons en milieu ouvrier discrètement mâtiné de classes moyennes ; de nationalité française avec une teinte d'italiens et de ressortissants d'Afrique du Nord ; que la fréquence des syphilis dépistées chez les femmes de moins de 30 ans est assez remarquable ; que ces sérologies systématiques mettent en lumière une fraction non négligeable de syphilis récente et congénitale ; que prostitution féminine et homosexualité masculine influent peu dans notre groupe et que la grande majorité des sujets sont mariés.

D'autre part ce sont les cliniques de l'Hôpital Civil qui nous adressent la plupart de ces malades, vient ensuite le Centre de Transfusion Sanguine, puis à des degrés voisins l'Office d'Immigration, les médecins praticiens et les consultations prénuptiales et prénatales réunies.

Pour les syphilis récentes et latentes les proportions sont sensiblement les mêmes dans les différents instituts. Pour le cas des syphilis tardives, il faut noter l'importance considérable que prennent les cliniques.

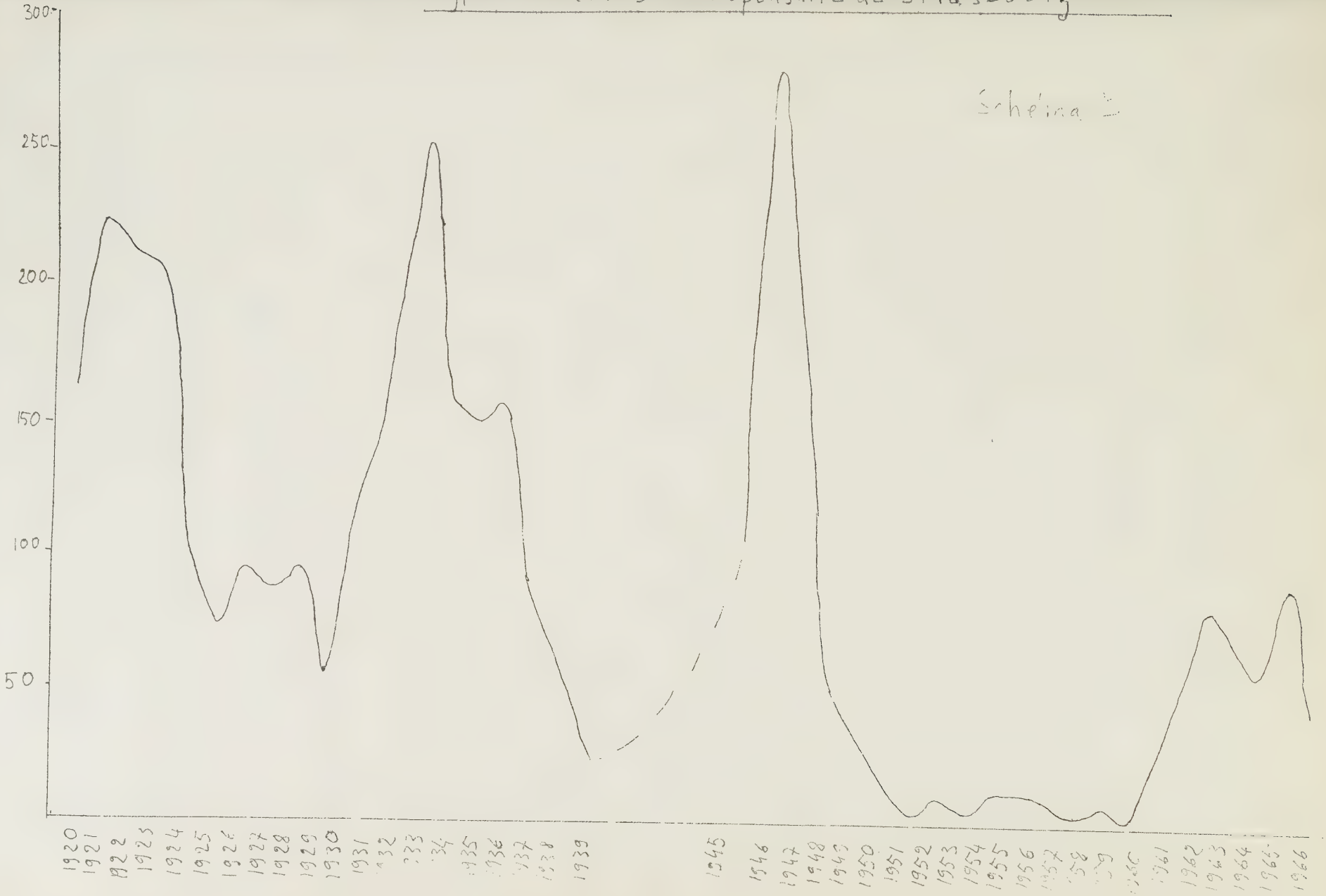
Le taux des syphilis congénitales, toujours très net dans les cliniques, se retrouve au même taux chez les

médecins praticiens et à l'Office d'immigration, ce taux est doublé au Centre de Transfusion.

Dans les quatre catégories : syphilis récentes, tardives, congénitales, latentes que nous allons présenter, nous chercherons successivement et seulement d'un point de vue statistique :

1) s'il existe des variations significatives par rapport à l'âge, au sexe, à l'origine ethnique des individus,
2) les raisons qui ont conduit les malades à subir la prise de sang révélatrice,
3) par l'interrogatoire des patients, l'époque de leurs accidents syphilitiques primaires ou secondaires - dans la mesure où ils s'en souviennent.

Syphilis récentes au dispensaire de Strasbourg



Chapitre I

SYPHILIS RECENTE

En vingt ans 1057 cas de syphilis primaire et secondaire ont été observés au dispensaire. Tandis que 1034 malades venaient consulter pour des lésions apparentes, 23 autres étaient adressés à la suite d'un examen sérologique positif découvert fortuitement, ce nombre correspondant à 2,2 % du total de nos syphilis récentes. (Schéma C).

Voici en quelles années ces malades ont été dépistés :1 en 1947 ; 4 en 1950 ; 1 en 1951 ; 1 en 1952 ; 1 en 1956 ; 1 en 1957 ; 4 en 1958 ; 1 en 1960 ; 1 en 19 ; 3 en 1962 ; 1 en 1963 ; 1 en 1965 ; 3 en 1966.

Lorsque ces 23 personnes se sont présentées à la consultation 14 d'entre elles étaient en pleine efflorescence secondaire ; 1 avait plusieurs petits chancres, 4 avaient eu un chancre dans les 3 mois précédents ; 3 des lésions secondaires dans les 6 mois précédents ; et 1 enfin ne pouvait retrouver aucun souvenir d'accident primaire ou secondaire.

Tous ces malades étaient français, sauf un sujet algérien.

Parmi nos 23 malades il y avait 7 hommes, 15 femmes et 1 enfant, l'âge moyen était de 26 à 30 ans pour les hommes et de 21 à 25 ans pour les femmes. (Schéma D).

L'histoire de ces malades mérite d'être détaillée.

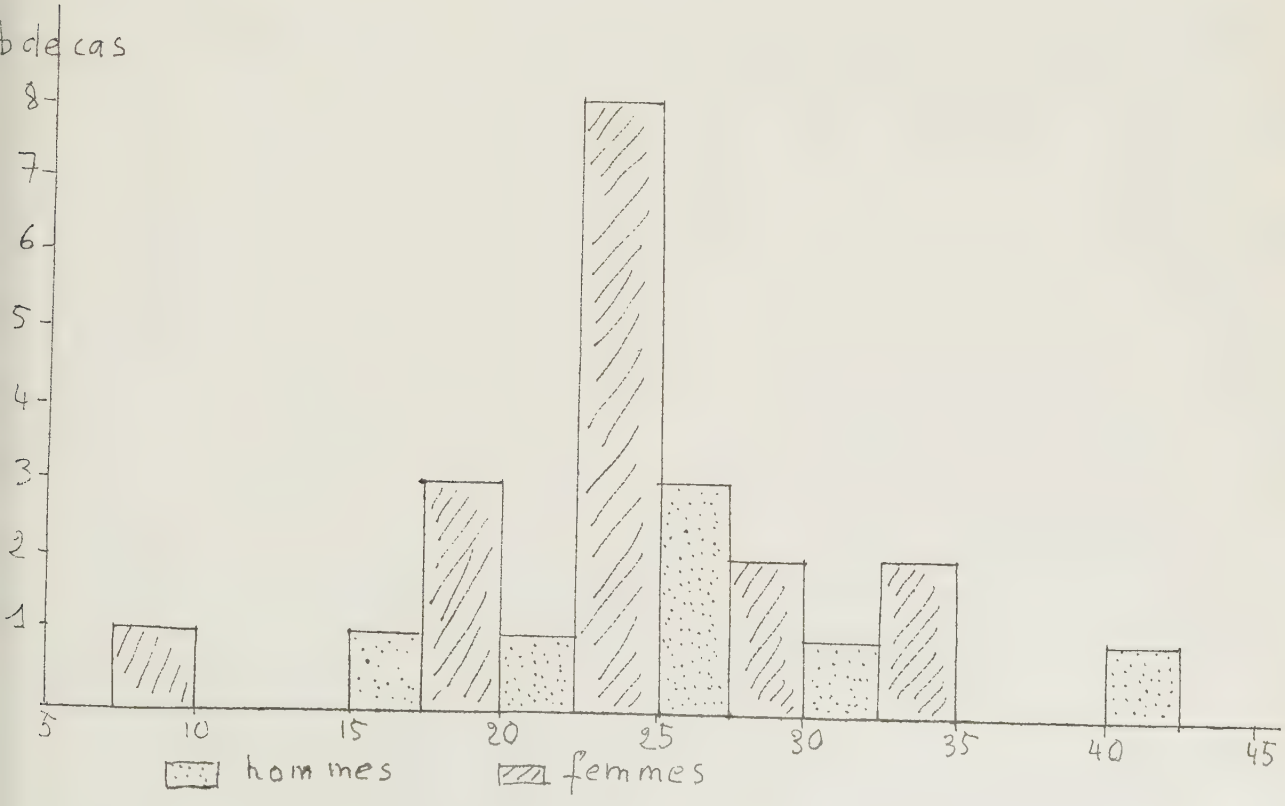
Observation 1

M.K. ABDALLAH, doss. 23.619, âgé de 29 ans, algérien.

Schéma D

Age des malades dépistés au stade précoce

âge	moins de 15 ans	15 à 20	21 à 25	26 à 30	31 à 40	plus de 40
Hommes	—	1	1	3	1	1
Femmes	1	3	8	2	2	—
Total	1	4	9	5	3	1



Au mois d'octobre 1966 M.K. avait été hospitalisé en Clinique Chirurgicale en raison de polyarthralgies multiples. Le bilan neuro-musculaire et osseux s'étant montré sans particularité, on s'apprêtait à porter un diagnostic de syndrôme méditérranéen, lorsque revint le résultat sérologique suivant : Reiter ++, Kolmer +, Kahn +++, Kline +. A ce moment, le malade nous fut adressé, puis hospitalisé à la Clinique Dermatologique. On refit une sérologie complète le 22 octobre : Reiter ++ <2 unités, Kolmer ++ <2 u., Kahn ++ 8u., Kline ++ 2u., Nelson 19%, immunofluorescence négative; liquide céphalorachidien normal.

Le patient ne présentait aucune lésion cutanée, n'avouait aucun rapport suspect, et on était tenté de penser qu'il s'agissait vraisemblablement d'une syphilis déjà ancienne en voie de négativation.

A 3 semaines de là, on contrôla sa sérologie : Reiter +++ 4u., Kolmer ++ 4 u., Kahn ++ 2u., Kline +++ 2u., Nelson 61 %, et le 29 novembre : Reiter +++ 8u., Kolmer +++ 4u., Kahn +++ 4u., Kline +++ 4u., Nelson 82 %, immunofluorescence ++ .

On institua alors un traitement pénicilliné de 1 million d'unités quotidiennes de Bipénicilline. Alors très rapidement les douleurs osseuses et musculaires cédèrent et la sérologie descendit au bout de 15 jours à Reiter +++ 4u., Kolmer ++ <2u., Kahn ++ 4u., Kline ++ 2u., Nelson 44 %.

On avait assisté à une invasion syphilitique sans chancre visible et sans adénopathie palpable, avec douleurs ostéocopes telles que Galien les décrivit.

Observation 2

En Juin 1950 Mme B. Marie, doss. 1904, âgée de 30 ans, est hospitalisée pour un avortement au 3e mois de sa seconde grossesse. On pratique un examen sérologique systématique qui donne les résultats suivants :

Reiter +++, Kolmer +++; Kahn +++, Kline +++ (Nelson 100% en 1958). La malade est adressée en consultation : elle porte un superbe collier de Vénus. On convoque alors le mari et l'enfant.

Chez le mari on ne voit trace de lésions cutanées mais la sérologie est fortement positive. Quant à Lydie, âgée de 9 ans,elle présente des syphilides anales que la mère avait déjà remarquées depuis plusieurs mois. Sa sérologie est identique à celle de sa mère.

Pour l'enfant, il s'agit d'une contamination extravénérienne au contact de la mère. La petite fille couchait dans le même lit que sa mère et utilisait les mêmes linges de toilette. C'est un fait rare mais pas tout à fait exceptionnel.

Dans le cas de la fillette, c'est la maladie maternelle qui a fait déceler la maladie de Lydie. L'inverse se produit aussi, comme nous l'allons voir.

Observation 3

Yolaine naît au 8e mois.Elle présente des lésions cutanées pour lesquelles la clinique gynécologique la confie à la clinique infantile où le diagnostic de syphilis secondaire est porté. Le cas nous est signalé. Le 7 février 1966, on convoque la mère Z. Yolaine, doss. 3.998, 28 ans. Elle porte des syphilides palmoplantaires bilatérales, sa sérologie est fortement positive. 2 jours plus tard on voit le père Z. André, doss. 4.006, 32 ans. Chez lui aucune atteinte cutanée n'est visible, mais la sérologie est positive à +++ à toutes les réactions, Nelson 100 % 1950 u.

Ainsi, trois examens sérologiques systématiques ont permis de trouver 7 syphilis récentes.

La loi qui cherche à protéger aussi bien les parents que leurs enfants apporte aussi son précieux appui.

Observation 4

Ainsi un dépistage sérologique prénuptial surprend M. M. Gérard, 22 ans au cours d'une affection syphilitique en pleine activité : Reiter +++ 32 u., Kolmer +++ 64u., Kline +++ 32 u., Kahn +++ 48 u., Nelson 100% immunofluorescence ++++ .

Il n'avait aucune lésion clinique et bien que le mariage eût été pratiquement consommé, la fiancée était encore indemne de syphilis et un traitement précoce a permis d'éviter tout danger de contagion.

Observation 5

Un examen au 4e mois de la grossesse de Mme S. Marie-Louise doss. 23.192 nous permet de traiter une malade qui nous a déjà échappé 9 mois plus tôt.

En juin 1965 son mari fut hospitalisé à la clinique dermatologique et traité par 15 millions de Bipénicilline pour un chancre contracté 2 mois plus tôt avec une prostituée. A cette époque la femme était indemne. Trois mois plus tard on convoque les deux conjoints ; seul l'époux se présente. En juin de l'année suivante Mme S. subit un examen prénatal comprenant l'examen sérologique que voici : Reiter +++ 256u., Kolmer +++ 128u., Kahn +++ 16u., Kline +++ 16u., Nelson 100 %, F.T.P. ++++, luétine douteuse. A cette occasion on apprend qu'en septembre 1965 la malade avait vu apparaître une alopécie diffuse et des lésions squamo-croûteuses du cuir chevelu. L'intérêt de cette sérologie est surtout d'avoir permis d'instituer un traitement et d'éviter une transmission congénitale de la maladie.

Pour en revenir aux 15 femmes qui nous furent adressées, 3 l'étaient à la suite d'un dépistage sérologique obligatoire ; 9 le furent à la suite d'un examen sérologique systématique ; 3 au cours d'une enquête épidémiologique.

Syphilis récente

Schéma E

Motif de l'examen sérologique

Pour les hommes, 2 furent envoyés par le Centre de Transfusion, et 5 à la suite d'un examen systématique avec recherche sérologique. (Schéma E).

L'enfant Lydie fut dépistée par l'enquête épidémiologique.

Ce schéma E nous montre que les cliniques obstétricale et gynécologique nous apportent le plus grand nombre de cas de syphilis récente chez les femmes avant 30 ans ; dans la même tranche d'âge il y a relativement peu de syphilis masculines dépistées par une sérologie systématique.

Observation 6

Ainsi Mme K. Simone, doss. 2.739, 30 ans, fit en mars 1958 une fausse couche du 7e mois et en raison d'une sérologie positive fut adressée en pleine éruption de syphilides secondaires. A quelque temps de là son mari, convoqué, et ayant lui aussi un BW très fortement positif, se souvint avoir eu des lésions de la verge quelques mois plus tôt.

Observation 7

Mme B. Denise, doss. 4.186, 26 ans, a été récemment hospitalisée en gynécologie pour une ulcération à fond nécrotique de la lèvre antérieure ; on pratique l'amputation du col. Puis le résultat sérologique montrant une positivité à +++ aux quatre réactions, on nous envoie la malade. Celle-ci reconnaît avoir eu des relations extra-conjugales rétribuées 6 semaines auparavant. On convoque le mari B.Alphonse, doss. 4. 190, 28 ans : il est porteur de trois petits chancres du gland et de nombreux ganglions dans les deux aînes.

Les histoires de ce genre sont nombreuses. Parmi les 15 femmes qui figurent dans notre statistique au chapitre des syphilis récentes, 7 ont été adressées par une clinique gynécologique : 2 lors d'un examen

prénatal ; 2 à la suite d'un avortement tardif ; 2 après l'accouchement d'un enfant mort et macéré ; 1 présentait une affection gynécologique.

L'enquête effectuée a permis de trouver que deux de ces femmes avaient contaminé un enfant et que neuf conjoints étaient aussi atteints de syphilis récente ou déjà en période de latence.

Il est très heureux que le filtre sérologique fonctionne si parfaitement dans les cliniques gynécologiques. C'est lui qui permet de découvrir un tel nombre de syphilis récentes chez les femmes. Le dépistage de ces syphilitiques, à une période précoce de la maladie, est non seulement très important pour le malade lui-même, qu'on est pratiquement sûr de blanchir rapidement, mais surtout il permet de cerner les foyers épidémiques et de traiter tous les sujets contaminés et sources de dissémination.

C'est à ces stades de début que l'enquête épidémiologique va jouer un rôle prophylactique de toute première importance. On la veut "ascendante et descendante". D'elle on attendra rapidité et efficacité ; de celui qui la conduira : flair, ténacité, intelligence, tact, persuasion et patience : et ce n'est pas chose facile.

Voici une décade, MARCERON écrivait "Je continue d'être étonné de l'étendue des connaissances médicales, sociales, administratives, géographiques, linguistiques, mondaines et autres qu'il faut pour être à l'aise dans le maquis d'une enquête."

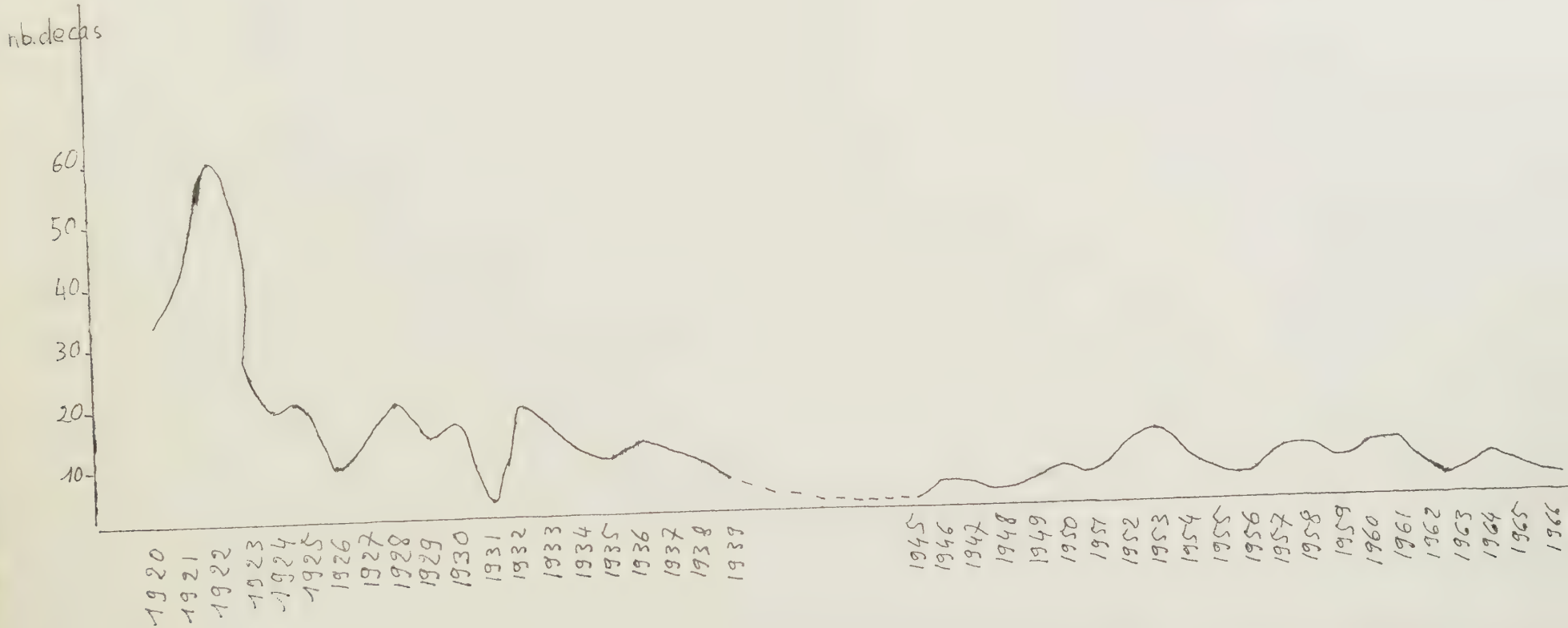
Pour un mal sans agent connu et sans remède spécifique l'époque préscientifique nous apporte déjà l'idée de rechercher les ascendants. Nous devons à la malice de Voltaire ce savoureux passage :"Vous avez connu Paquette, cette jolie suivante de notre auguste baronne :

j'ai goûté dans ses bras les délices du paradis qui ont produit ces tourments d'enfer dont vous me voyez dévoré. Elle en est infectée, elle en est peut-être morte.

Paquette tenait ce présent d'un cordelier très savant qui avait remonté à la source, car il l'avait eu d'une vieille comtesse, qui l'avait reçu d'un capitaine de cavalerie, qui le devait à une marquise, qui le tenait d'un page, qui l'avait reçu d'un jésuite, qui, étant novice, l'avait eu en droite ligne d'un des compagnons de Christophe Colomb. Pour moi, je ne le donnerai à personne, car je me meurs".

De l'importateur on suit la progression jusqu'au patient qui promet de ne plus contaminer quiconque. Et les intermédiaires sont aussi très caractéristiques : homosexuel strict ; ambosexuel ; adolescent ; militaire ; femmes jeunes et vieilles ; comtesse et soubrette. Le seul reproche qu'on puisse faire à cette reconstitution, c'est son extrême lenteur qui fait que le dernier sujet atteint souffre déjà les affres du tertiarisme.

Schéma F



Syphilis tardive au dispensaire de Strasbourg

Chapitre 2

SYPHILIS TARDIVE

On peut penser avec RAVAUT et DUREL que le pronostic de la syphilis se décide vraisemblablement dès la période secondaire. C'est à cette époque que le tréponème se fixe sur les viscères, le système cardio-aortique ou le système nerveux.

A la période secondaire ces accidents sont habituellement latents bien qu'on puisse voir apparaître un ictère, une néphrite ou une méningite. En ce qui concerne le système nerveux, RAVAUT avait bien montré l'importance de cette méningite qui, lorsqu'elle n'entraîne pas de symptômes cliniques importants se traduit cependant lors des examens biologiques. Nous sommes frappés de trouver cette méningite latente, à Strasbourg, chez 3 sur 5 des malades hospitalisés pour une syphilis récente. A cette phase de la maladie succède une période de latence d'une durée variable de 3 à 5 ans en moyenne et quelque fois plus longue. Enfin des réinfections peuvent chez certains sujets allergiques provoquer des manifestations cutanéo-muqueuses qui, elles, méritent vraiment le nom de formes tertiaires.

Rappelons les formes cliniques de ces différentes manifestations par ordre de fréquence :

Troubles neurologiques	:	Tabès Myélites Atteinte des nerfs crâniens
Troubles neuro-psychiques	:	Paralysie Générale
Lésions viscérales	:	Anévrisme de la crosse de l'aorte Aortite Hépatite Néphrite, etc...

Lésions osseuses : sans oublier l'atteinte vertébrale

Lésions cutanéo-muqueuses

La place occupée par ces différentes variétés d'accidents tardifs s'est modifiée en Europe depuis le début du siècle au profit des accidents nerveux. Voici un tableau comparatif des pourcentages donnés par FOURNIER en 1901 ; COSTE de 1935 à 1941 et HURIEZ de 1942 à 1950.

	FOURNIER	COSTE	HURIEZ
Lésions cutanéo-muqueuses	39 %	0,9 %	16,2 %
Lésions osseuses	16,2 %	0,3 %	2,2 %
Lésions viscérales	14,2 %	4,7 %	16,9 %
dont : aortites et anévrisme de l'aorte ascendante	0,3 %	3,6 %	15 %
Troubles neuro-psychiques	30 %	5,8 %	49,6 %
dont : tabès	10,4 %		14,4 %
paralysie générale	1,2 %		10,4 %
myélites	2,2 %		3,8 %
encéphalites	12 %		11,4 %
atrophie optique	4,2 %		9,6 %

A la Clinique Dermatologique de Strasbourg, parmi les 2.900 malades hospitalisés de 1964 à 1967, il y avait 113 syphilitiques et parmi ceux-ci 13 malades au stade tardif de la syphilis.

Ces 13 malades étaient atteints pour

7 d'entre eux de Tabès

2 de lésions cutanées tertiaires

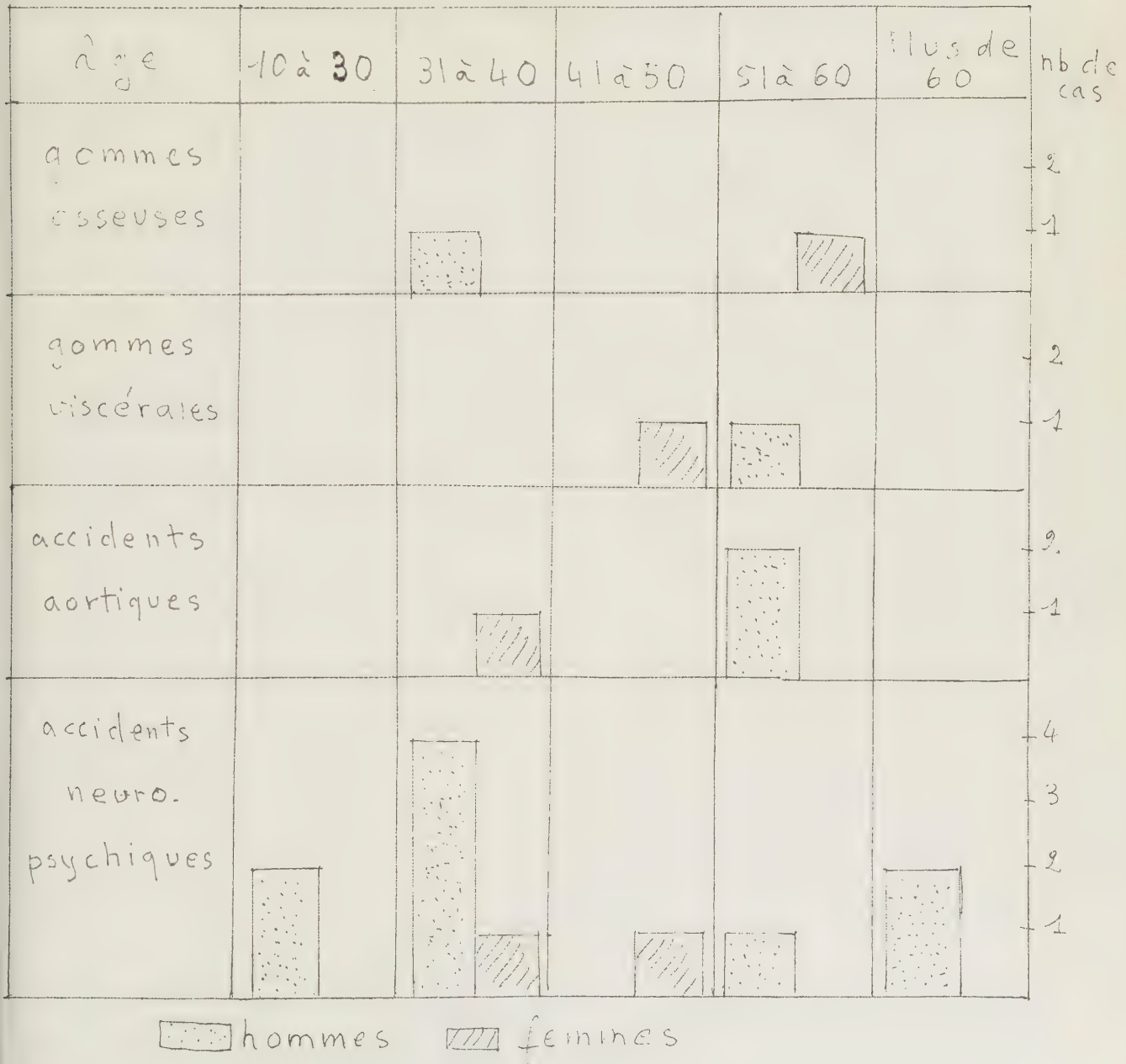
2 d'anévrisme de la crosse de l'aorte

2 de paralysie générale

Syphilis tardive

Schéma G

Age et sexe en fonction du diagnostic



Dans notre enquête nous avons relevé 18 cas de malades adressés pour une sérologie positive de découverte fortuite et qui présentaient des lésions tardives, ce qui fait 5,07 % des individus adressés à la suite d'un examen sérologique systématique.

Ces malades ont été dépistés : 1 en 1949 ; 2 en 1950 ; 3 en 1951 ; 1 en 1952 ; 1 en 1953 ; 1 en 1957 ; 1 en 1959 ; 1 en 1961 ; 1 en 1964 ; 2 en1965 ; 4 en 1966

La proportion des hommes est de 13 pour 5 femmes. Les complications aortiques sont au nombre de 3 ; les gommes osseuses 2 ; les gommes viscérales 2 ; et les troubles neuro-psychiatriques de 11.

Chez aucun de nos malades on n'a trouvé de lésions cutanées tardives ; 4 étaient porteurs de gommes: 2 gommes osseuses, 1 gomme de la vessie, 1 gomme pulmonaire ; 3 étaient atteints de lésions aortiques : 1 anévrisme de l'aorte ascendante, 2 aortites ; 7 avaient fait des accidents neuro-psychiatriques : 4 tabès et 2 paralysies générales ; 1 enfant était épileptique ; 4 autres ne se plaignaient d'aucun trouble mais avaient à la ponction lombaire une sérologie positive et des modifications du liquide céphalo-rachidien de la lignée syphilitique.

Ce tableau schématique ne rend pas exactement compte de l'état de chaque individu.

Voyons la répartition des malades en fonction de leur âge : 1 enfant de 11 ans, de 20 à 30 ans : 1 ; de 31 à 40 ans : 7 ; de 41 à 50 ans : 2 ; de 51 à 60 ans : 5 ; au-delà de 60 ans : 2. Il y a 16 Français, 1 Italien, 1 Algérien.

Le schéma G va nous montrer à quel âge le diagnostic des diverses complications a été posé chez les hommes et chez les femmes ; le schéma H la raison pour laquelle l'examen sérologique initial a été demandé.

L'enquête effectuée au Dispensaire a découvert 7 de ces malades, les examens sérologiques systématiques : 11.

Pour minutieux et patient qu'ait été l'interrogatoire de ces malades, il n'a permis de retrouver aucun antécédent syphilitique dans 9 cas, dans 5 cas seulement on a pu fixer avec précision la date des accidents primaires ou secondaires. Pour 4 autres, on ne peut qu'avancer des présomptions.

Observation 1

M. D. Joseph, doss. 4.020, 54 ans, a été classé parmi les malades présentant des troubles aortiques car il est atteint d'aortite et médiastinite ; mais de plus, il est hospitalisé depuis 7 ans dans un hôpital psychiatrique en raison d'une détérioration mentale progressive. Sa sérologie sanguine : Reiter +++, Kolmer +++, Kahn++, Kline +++, Nelson 100 %. Ce malade avait eu un chancre en 1932 et avait été traité pendant 2 ans par du novarsénobenzol et du bismuth.

Observation 2

M. SCH. Charles,doss. 22.412, 65 ans, a été compté parmi les tabétiques car il présente actuellement un syndrome ataxique, un signe d'Argyll-Robertson, une abolition des réflexes rotuliens et achilléens, une réaction de Kolmer positive à +++ dans le L.C.R. Mais on serait tenté de rattacher à sa spécificité le long passé pathologique de ce malade dont la sérologie sanguine est très faiblement positive : Reiter + 4 u., Kolmer ++ < 2 u., Kahn ++ 8 u. ; Kline ++ 2 u. ; Nelson 100 %.

En 1937 il est atteint brusquement d'ophtalmoplégie. En 1954 il subit une gastrectomie puis en 1964 l'ablation chirurgicale d'une tumeur de la vessie (nous n'avons pu trouver les compte—rendus anatomo-pathologiques des pièces d'exérèse). En décembre 1964 il fait une fracture spontanée et indolore de la mâchoire, accompagnée d'adénopathies sous angulo-maxillaires bilatérales. En

outre, il se plaint de précordialgies et d'angor d'effort, et l'auscultation cardiaque décèle un souffle systolique en écharpe.Il n'y a pas de signes clinique ni radiologique d'anévrisme de l'aorte. Ce malade ne se souvient pas avoir jamais contracté la syphilis, et partant, n'a jamais reçu de traitement spécifique.

Observation 3

La sérologie de Mme G. Berthe, doss. 1.760, 35 ans, a été découverte de la façon suivante. Son enfant âgée de 4 ans est hospitalisée en O.R.L. pour une rhinite croûteuse et présente une sérologie fortement positive. La sérologie de la mère est Reiter +++, Kolmer +++,Kahn +++, Kline + ; à la ponction lombaire BW +++, Kolmer +++. Deux ans plus tard Mme G. meurt en clinique psychiatrique.

Observation 4

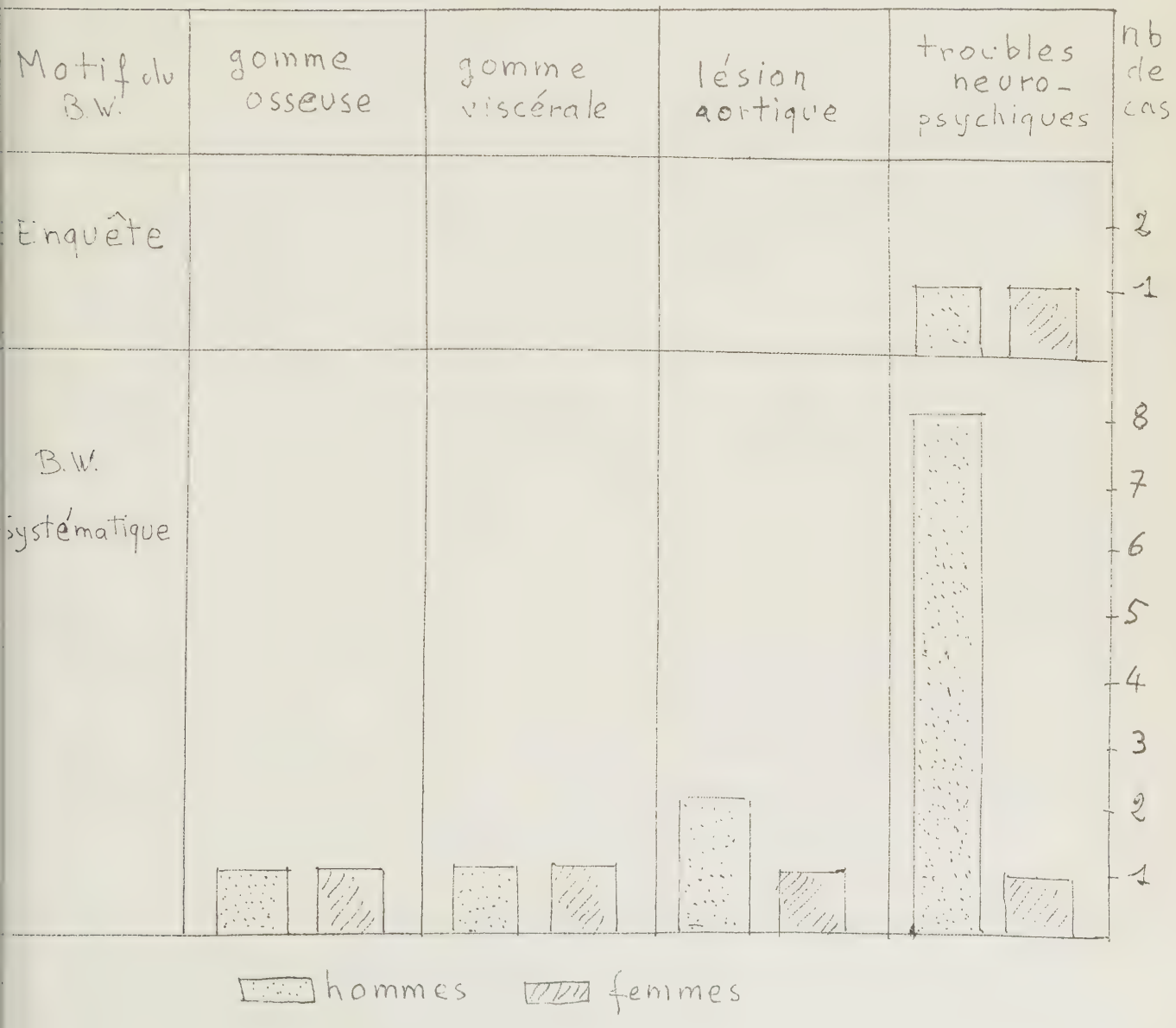
Le problème étiologique le plus épineux est posé par M. S. Bouragaa, doss. 4.104, 38 ans, qui, au décours d'une pneumopathie aiguë subit un examen sérologique qui se révèle positif à +++ à toutes les réactions, avec un test de Nelson à 51 %. Ce malade vient d'Algérie et ne se souvient d'aucun antécédent syphilitique primaire ou secondaire. A l'âge de 18 ans, en 1946, il a fait une gomme du voile du palais dont il reste une ulcération arrondie à bords nets ayant entraîné la disparition de la luette. On peut se poser trois questions : s'agit-il d'une syphilis vénérienne transmise sur le mode congénital, s'agit-il d'une syphilis vénérienne acquise au sortir de l'enfance (les moeurs locales rendent cette éventualité possible), s'agit-il d'une syphilis endémique telle qu'elle sévit dans le Sud Algérien. Nous n'avons pas le moyen de poursuivre nos investigations, le malade étant retourné dans son pays quelques semaines après son passage au dispensaire.

Avant ce dépistage systématique 12 malades n'avaient jamais reçu de traitement spécifique, 6 avaient

Syphilis tardive

Schéma H

Motif de l'examen sérologique initial



été soignés et considérés comme guéris.

Observation 5

Le cas de M. R. Adrien, doss. 3.177, 36 ans, vient nous rappeler combien il convient d'être prudent avant d'invoquer l'éventualité d'une sérologie dite "résiduelle". Cet homme qui a été traité 10 ans plus tôt a une sérologie sanguine faible : Reiter +++, Kolmer ± , Kahn ± , Kline + et pourtant dans son liquide céphalo-rachidien on trouve un Kolmer + et un test de Nelson à 90 %.

Sa femme qui a été traitée en même temps que lui et de la même façon,présente elle aussi, une sérologie faible : Reiter +, Kolmer ± , Kahn ± , Kline -, Nelson 100 % ; mais son liquide céphalo-rachidien est normal.

Observation 6

Un garçon de 11 ans, K. Roland, doss.4.034, avait été contaminé par sa mère quand il avait 2 ans et avait été hospitalisé à l'Institut de Puériculture, en pleine éruption secondaire.

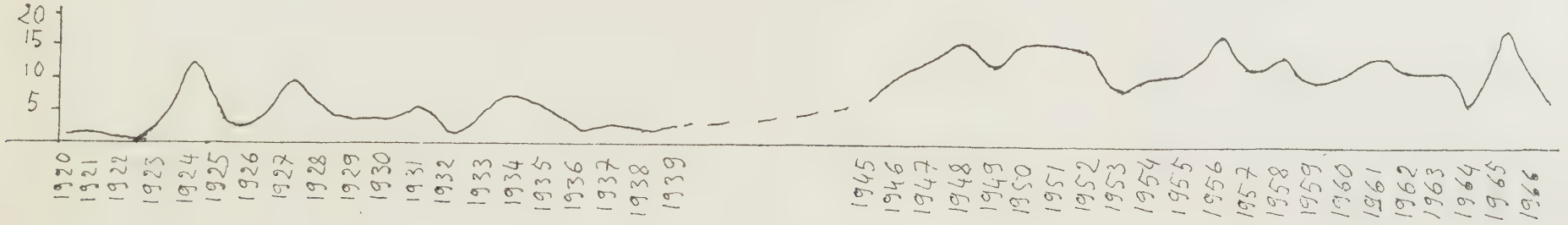
Or cette année il fut admis en clinique infantile pour des crises d'épilepsie et le bilan pratiqué a retrouvé cette sérologie : Reiter ++, Kolmer +++, Kahn ++, Kline ++, Nelson 100 %, immunofluorescence+++.

Cette observation nous montre qu'une contamination extravénérienne d'un enfant de 2 ans conduit à des troubles tardifs 9 ans après, et ceci malgré un traitement antisyphilitique pénicilliné.

Le recensement de ces 18 cas de syphilis tardive découverts parmi les 335 malades adressés à la suite d'un examen sérologique systématique positif ne s'élève qu'à 5,07 % ; ces 18 cas représentent cependant 12,4 % des malades suivis pendant la même période pour

des accidents tardifs . L'enquête entreprise au cours du dépistage d'une syphilis latente chez un conjoint a apporté 2 de ces 18 malades ; l'enquête effectuée dans la famille des 16 restants a découvert 4 personnes au stade de latence de la maladie ; 1 malade atteint d'aortite syphilitique et 5 enfants atteints de syphilis congénitale. Pour peu élevés que soient ces chiffres, ils nous montrent cependant qu'il ne faut pas se réjouir trop vite ni proclamer trop haut la fin de la syphilis tardive.

Schéma I



Syphilis congénitale au dispensaire de Strasbourg

Chapitre 3

SYPHILIS CONGENITALE

La seule tréponématose à se transmettre sur le mode congénital est la syphilis vénérienne.

Qu'une maladie infectieuse des parents puisse entraîner une telle malédiction sur la descendance a si vivement frappé les esprits que de nombreuses hypothèses pathogéniques ont été émises : hérédité paternelle, maternelle, transmission germinale, congénitale, etc.

Syphiligraphes et pédiatres réunis aux Journées de Zürich en juillet 1950 ont définitivement renié la thèse d'une transmission autre que congénitale (tout en laissant cependant une porte ouverte pour la syphilis de seconde génération) et ont proposé la définition que voici : "La syphilis congénitale est une maladie parasitaire, due au tréponème, transmise de la mère au foetus du 5e au 9e mois de la vie intra-utérine, par voie transplacentaire."

Cette prise de position exclut principalement du cadre de ce qu'on appelait hérédo-syphilis les avortements précoces et de nombreuses dystrophies et malformations qu'on avait admises comme pouvant être d'origine syphilitique.

A partir du 5e mois de la grossesse, le foetus va pouvoir subir, par voie transplacentaire, l'agression tréponémique. ASCHEIM rapporte cependant quelques rares cas où les villosités choriales, profondément modifiées par des lésions anatomiques ont laissé passer le tréponème avant cette période. Mais l'enfant n'est pas obligatoirement contaminé. Il peut échapper à l'infection maternelle, témoin l'observation rapportée par Melle ULLMO de 2 jumeaux vraisemblablement dizygotes dont l'un

est sain et l'autre atteint de syphilis congénitale.

- Au stade foetal de la syphilis congénitale, les complications vont être l'avortement après le 5e mois ou l'accouchement avant terme d'un enfant mort et macéré. La mort de l'enfant "au passage" reconnaît le plus souvent des causes obstétricales. Une statistique de CARLE portant sur 70 mères syphilitiques montre que 49 enfants sont morts avant terme ou dans les jours qui ont suivi la naissance, 7 présentent des signes de syphilis congénitale et 14 n'ont aucune lésion spécifique.

- Dans les formes septicémiques graves, le misérable nouveau-né, chétif, ratatiné, athrepsique, geignard peut mourir d'inanition dans les jours ou les semaines qui suivent sa venue au monde. Cette forme mortelle ne se rencontre plus guère maintenant.

- L'enfant nouveau-né a contracté in utero une syphilis de type transfusionnel, il va faire une éruption secondaire comparable à celle de l'adulte mais généralement plus intense où les papules palmo-plantaires seront surmontées de bulles à contenu séreux fourmillant de tréponèmes. Malingre, anémique, il va parfois être affligé d'un coryza plus ou moins purulent, de rhagades radiées péribuccales, il aura souvent une hépato-spléno-mégalie. Immobilisé dans son berceau en raison d'inflammations articulaires douloureuses réalisant la pseudo-paralysie de Parrot, cet enfant présentera à l'examen radiographique des lésions d'ostéochondrite de Wegner et plus tard de périostite ossifiante de Fraenkel.

Cette syphilis précoce de l'enfant est devenue rare ; cependant FONTAN, VERGER et BATTIN en ont relevé 11 cas en vingt ans ; 7 enfants seulement ont survécu.

- DEBRE admet que la syphilis congénitale tardive va se développer au cours de la deuxième enfance, de 3 à 10 ans, et PAUTRIER fait remarquer qu'il faut étendre cette période jusqu'à la 30e année et même parfois plus tard.

Les manifestations seront du type tertiaire :

-lésions cutanéo-muqueuses

-lésions osseuses : périostite des os longs, gommes, effondrement de la pyramide nasale aboutissant au nez en lorgnette, absence de voûte palatine, perforation, ogivalité.

-atteintes neuro-psychiatriques

-lésions viscérales (l'atteinte cardio-aortique est discutée)

-atteinte des nerfs crâniens : surdité à début brusque, accompagnée de mutité chez l'enfant très jeune

-lésions oculaires : elles sont très fréquentes

En 1914 TERRIEN considérait que 90 % des kératites interstitielles étaient syphilitiques et que 80 % des cas revenaient à la syphilis congénitale. D'une statistique faite par JAYLE en 1950 il ressort que 6,6 % des kératites sont dues à la syphilis et que le 1/3 des cas est formé de kératites interstitielles. Puis viennent à des degrés moindres.: iritis, iridocyclite, rétinite, névrite optique.

-dystrophies dentaires de la seconde dentition : dents de HUTCHINSON : cette anomalie porte sur les deux incisives médianes supérieures qui présentent une échancrure semi lunaire du bord libre, un rétrécissement de la base, un arrondissement des angles, une convergence des axes des dents de dehors en dedans.

De 1943 à 1963 FONTAN a observé à Bordeaux 9 cas de syphilis congénitales tardives qu'il a classés ainsi :

3 kératites interstitielles

2 débiles, épileptiques

1 P.G.

1 paraplégie de Marfan

1 périostite tibiale

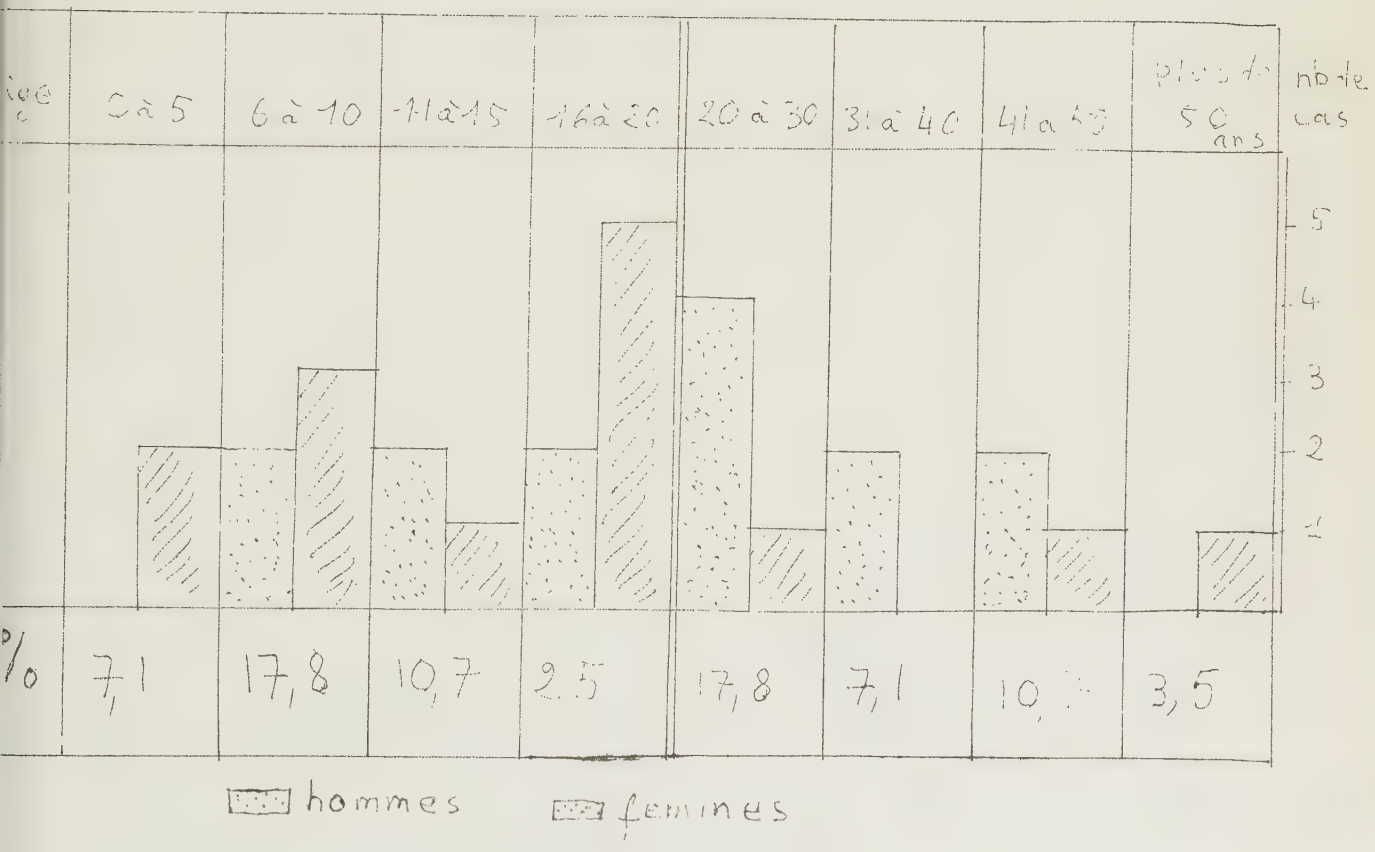
1 sérologie pure

Quand un enfant né de mère syphilitique ne présente pas de lésion clinique, ce sont les réactions sérologiques

Syphilis congénitale

Schéma 3

Age et sexe



quantitatives qui vont permettre de porter un diagnostic dans un délai relativement court : 3 mois, environ. En effet si l'enfant est porteur d'anticorps maternels, son taux d'anticorps est plus faible que celui de sa mère ; et ce taux subit une courbe descendante. A l'inverse s'il s'agit d'une véritable syphilis congénitale le taux des réagines est supérieur à celui de la mère et croît rapidement.

Actuellement la syphilis congénitale se manifeste beaucoup moins souvent par des lésions cutanéo-muqueuses que par des lésions osseuses radiologiquement confirmées. Parmi les stigmates classiques, ceux qui ont le plus de valeur sont : la dent de Hutchinson ; la kératite et la périostite.

\+

\+ \+

Pendant ces vingt dernières années, 269 malades ont été suivis au dispensaire pour une syphilis congénitale; 28 de ceux-ci, soit 10,4 % ont été adressés à la suite d'un examen sérologique classique positif ou douteux avec test de Nelson à 100 %, ce qui représente 8,35 % des 335 malades qui nous occupent. Les deux sexes sont représentés à parts égales : 14 individus du sexe masculin, 14 du sexe féminin. 21 malades ont moins de 30 ans parmi ceux-ci, 10 ont moins de 15 ans.

Du point de vue ethnique, il y a 20 Français, 6 Italiens, 1 Marocain et 1 enfant français né de mère Indochinoise.

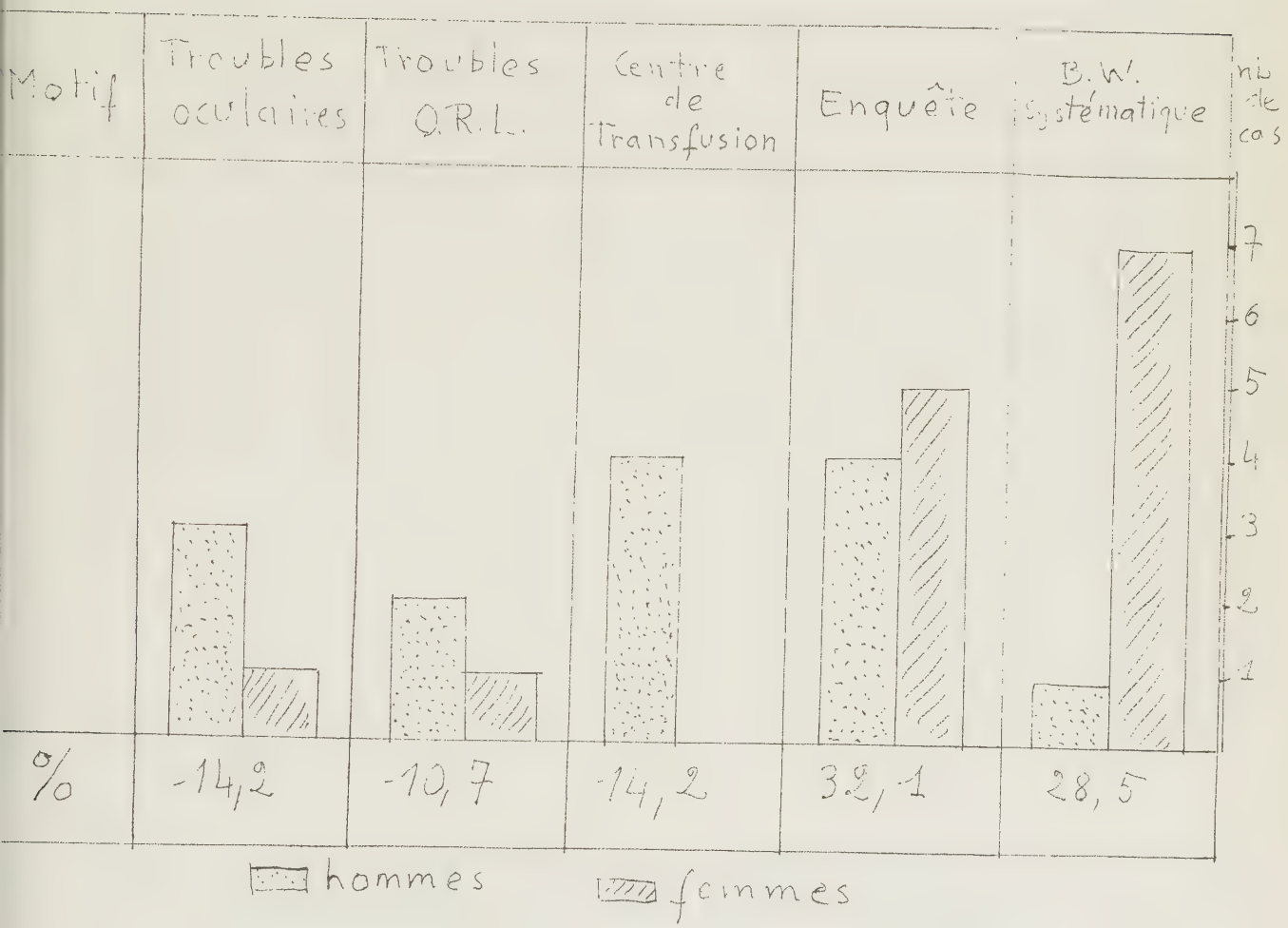
Le schéma J montre la répartition suivant l'âge et le sexe : 11 filles sont dépistées avant l'âge de 20 ans, 6 garçons seulement le sont pendant la même période.

Voici l'époque où ont été dépistés ces malades :

Syphilis congénitale

Schéma V.

Motif de l'examen sérologique initial



1 en 1948 ; 2 en 1949 ; 1 en 1950 ; 1 en 1951 ; 1 en 1955; 2 en 1957 ; 2 en 1958 ; 1 en 1959 ; 4 en 1960 ; 1 en 1962; 2 en 1963 ; 2 en 1964 ; 6 en 1965 et 2 en 1966.

Le schéma K établit dans quelles circonstances l'examen sérologique initial a été effectué. 4 hommes ont donné du sang lors d'une collecte du Centre de Transfusion Sanguine ; leur âge moyen est de 35 ans.

Observation 1

C'est en cette circonstance que M.L. Prosper, doss. 2.479, est dépisté, à l'âge de 50 ans. Du point de vue clinique, ce malade est affligé d'une surdité bilatérale, il présente une ensellure nasale, une taie de l'oeil droit, une kératite interstitielle et des séquelles d'iritis, à gauche on met en évidence un signe d'Argyll-Robertson. L'examen du L.C.R. est normal. En 1955, la première sérologie était Reiter - , Kolmer ++, Kahn +++, Kline ++ (Nelson 97 % en 1965). Il reçoit 6 millions de Flocilline, puis 3 cures annuelles de bismuth. Hospitalisé en février 1966, sa sérologie est toujours faible : Reiter - , Kolmer +++ 4 u., Kahn + < 2 u., Kline + 4 u., il reçoit 20 millions de Bipénicilline ; en janvier 1967 : Reiter -, Kolmer ++, Kahn +++, Kline +++.

Le père de ce malade est mort pendant la grande guerre et sa mère à l'âge de 46 ans d'une atteinte cardiaque ; il a 2 soeurs plus jeunes semblant indemnes et 1 frère décédé de pleurésie à l'âge de 12 ans

Chez 8 personnes, la découverte sérologique a été faite à la suite d'un examen systématique ; leur âge moyen est de 26 ans.

Observation 2

Melle W. Yvette, doss. 3.647, est hospitalisée à l'âge de 16 ans pour une appendicectomie. Dans son sang on trouve : Reiter +++, Kolmer +++, Kahn -, Kline +,

Nelson 100 %. Cette jeune fille très myope a une voûte palatine ogivale, des cicatrices de rhagades, des dents de Hutchinson ; les deux canines supérieures manquent. En 1965 la sérologie du père est négative, celle de la mère : Reiter ++, Kolmer ++, Kahn +, Kline +. Yvette est née en 1948 ; en 1949 et 1950 deux enfants sont mort-nés. En 1956 et 1961 naissent deux enfants sains, dont la sérologie est négative en 1965 (au cours des deux dernières grossesses la mère a reçu un traitement spécifique).

Ce sont ces deux éventualités : don du sang et examens sérologiques systématiques qui ont permis de découvrir l'existence de syphilis congénitale chez les adultes figurant dans cette statistique. Les enfants et les adolescents ont été dépistés soit par une enquête conduite à partir de frères et soeurs ou de parents malades, soit au cours d'une hospitalisation pour des troubles oculaires ou de la sphère O.R.L.

Observation 3

A l'âge de 12 ans, R. Antoine, doss. 3.021, est hospitalisé en ophtalmologie pour une kératite parenchymateuse de l'oeil gauche. Sa prise de sang se révèle positive : Reiter +++; Kolmer +, Kahn +++, Kline +++, Nelson 100 %. On fait venir les parents qui ne se savent pas malades ; en 1960 le père a une sérologie négative, la mère positive : Reiter +++, Kolmer +++, Kahn +, Kline ++. Le premier enfant est mort à l'âge de 7 mois ; en 1948 nait Antoine ; en 1950 Jean Carlo, qui a lui aussi: Reiter +++, Kolmer +++, Kahn +++, Kline +, Nelson 100 %; enfin en 1951 Mario, qui a une sérologie entièrement négative.

Cette observation nous montre qu'une mère syphilitique a conçu deux enfants syphilitiques à deux ans d'intervalle.

Nelson 100 %. Cette jeune fille très myope a une voûte palatine ogivale, des cicatrices de rhagades, des dents de Hutchinson ; les deux canines supérieures manquent. En 1965 la sérologie du père est négative, celle de la mère : Reiter ++, Kolmer ++, Kahn +, Kline +. Yvette est née en 1948 ; en 1949 et 1950 deux enfants sont mort-nés. En 1956 et 1961 naissent deux enfants sains, dont la sérologie est négative en 1965 (au cours des deux dernières grossesses la mère a reçu un traitement spécifique).

Ce sont ces deux éventualités : don du sang et examens sérologiques systématiques qui ont permis de découvrir l'existence de syphilis congénitale chez les adultes figurant dans cette statistique. Les enfants et les adolescents ont été dépistés soit par une enquête conduite à partir de frères et soeurs ou de parents malades, soit au cours d'une hospitalisation pour des troubles oculaires ou de la sphère O.R.L.

Observation 3

A l'âge de 12 ans, R. Antoine, doss. 3.021, est hospitalisé en ophtalmologie pour une kératite parenchymateuse de l'oeil gauche. Sa prise de sang se révèle positive : Reiter +++; Kolmer +, Kahn +++, Kline +++, Nelson 100 %. On fait venir les parents qui ne se savent pas malades ; en 1960 le père a une sérologie négative, la mère positive : Reiter +++, Kolmer +++, Kahn +, Kline ++. Le premier enfant est mort à l'âge de 7 mois ; en 1948 nait Antoine ; en 1950 Jean Carlo, qui a lui aussi: Reiter +++, Kolmer +++, Kahn +++, Kline +, Nelson 100 %; enfin en 1961 Mario, qui a une sérologie entièrement négative.

Cette observation nous montre qu'une mère syphilitique a conçu deux enfants syphilitiques à deux ans d'intervalle.

Observation 4

En 1965 M. B. Pietro, doss. 3.946, venant d'Italie est adressé par l'Office d'Immigration en raison de la sérologie que voici : Reiter +++, Kolmer +++, Kahn ± , Kline ± . On fait venir sa femme : Reiter +, Kolmer +++, Kahn -, Kline ± , Nelson 96 % et ses 3 enfants : Guiseppe, né en 1939 : Reiter -, Kolmer ++, Kahn - , Kline ± , Nelson 100 % ; Anna Maria née en 1945: Reiter ++, Kolmer ++, Kahn - , Kline +, Nelson 100 % Gianfranco né en 1949 : Reiter -, Kolmer -, Kahn -, Kline -, Nelson 100 %. Les parents ne se souviennent d'aucun antécédent syphilitique et les 3 enfants,n'était cette sérologie, paraîtraient indemnes.

Comme dans le cas précédent, on voit une mère non traitée contaminer plusieurs de ses enfants. Ici l'écart entre l'aîné et le benjamin est de 10 ans.

\+

\+ \+

Quinze des 28 syphilitiques congénitaux n'ont aucune lésion actuelle ou passée et sont au stade de latence d'une syphilis transmise sur le mode congénital. Le diagnostic repose sur l'âge des enfants, l'atteinte lésionnelle d'autres membres de la fratrie, la sérologie positive des frères et soeurs et des parents, ou tout au moins de la mère. Les 13 autres présentent des atteintes oculaires, O.R.L., dentaires, des stigmates de syphilis congénitale.

Parmi les troubles de la sphère O.R.L. on note:

1 rhinite croûteuse

1 hypoacousie

2 surdités

ayant bien régressé sous l'effet du traitement spécifique.

Parmi les lésions oculaires :

3 kératites interstitielles

1 kératite interstitielle devenant parenchymateuse

5 kératites parenchymateuses

2 iritis

1 choriorétinite

Voici un petit tableau groupant les divers accidents congénitaux rencontrés chez les 13 malades ayant des lésions symptomatiques :

Troubles oculaires	12
Troubles O.R.L.	4
Cicatrices de rhagades	2
Dents de Hutchinson	2
Voûte palatine ogivale	2
Signe d'Argyll-Robertson	2
Ensellure nasale	1

Dans le cadre familial de ces 28 malades atteints de syphilis congénitale on trouve :

-Ascendants : syphilis latente : . . . . . 17 cas

syphilis tardive : . . . . . 1 cas

-Collatéraux: avortements tardifs, accouchement d'enfants mort-nés, morti-natalité : 10 cas

enfants atteints de syphilis congénitale : . . . . . 15 cas

enfants sains : . . . . . 39 cas

-Descendants: enfants sains : . . . . . 23 cas

Le dépistage et le traitement précoces de la maladie des parents eut été le meilleur gage de santé pour ces enfants et à défaut, au moins le traitement de la mère, à quelque stade de l'évolution de la maladie qu'elle se fût trouvée.

Chapitre 4

SYPHILIS LATENTE

D'après ASTRUC "Les médecins croyent communément que le virus vérolique et les autres de cette espèce, pendant qu'ils ne se font point sentir, demeurent enfermés dans les loges qui se trouvent parmi les parties sulfureuses du sang ou bien qu'ils sont cachés dans les recoins de certaines glandes, où ils sont à couvert et d'où ils sortent dans l'occasion, comme d'une espèce d'embuscade, pour gâter le sang et les autres humeurs et même les parties solides."

L'avènement des examens sérologiques spécifiques a montré que non seulement le virus vérolique sort dans l'occasion pour gâter le sang, mais qu'il y imprime une marque durable de son passage si l'on n'a pris le soin de l'occire assez tôt. Cette particularité du tréponème et les critères biologiques qui permettent de retrouver la trace immunologique de son passage ont ouvert un nouveau chapitre commun à toutes les tréponématoses, celui du stade sérologique latent, cliniquement asymptomatique.

Dans certaines contrées forestières, chaudes et humides, où sévit le pian, 80 % des autochtones ont une sérologie positive, de même que 55 à 70 % des pasteurs des zones semi-désertiques du Sahel africain atteints de syphilis endémique, et à des taux voisins les habitants des montagnes de l'Amérique latine où règne le caraté. En Europe on admet que selon les pays 0,9 % à 7 % des sujets présentent une syphilis sérologique asymptomatique.

MICHEL note 2,3 % de syphilis latentes méconnues dans son service hospitalier. En 1945, 2,9 % des recrues de la caserne de Reuilly ont une sérologie

Syphilis latentes au dispensaire de Strasbourg

positive et parmi ceux-ci 77 % l'ignoraient.

A quels critères recourir pour porter le diagnostic de syphilis latente :

- s'assurer qu'il ne s'agit pas d'une fausse sérologie positive - nous en avons défini les caractères précédemment,
- s'assurer qu'il n'existe pas de lésion clinique profonde méconnue.

Cette définition pourrait s'appliquer à celles des syphilis congénitales qui ne se manifestent que par une sérologie positive. Pour notre part nous avons classé ces cas parmi les syphilis congénitales.

Par l'interrogatoire on va essayer de préciser s'il existe des antécédents. L'enquête cherchera à retrouver le ou les partenaires ayant pu être contaminateurs ou contaminés. Si la maladie a été inapparente on pourra lever le doute grâce à la méthode des dilutions, qui, en cas de spécificité récente ou évolutive donnera des réactions quantitatives élevées.

Chez les sujets antérieurement traités convenablement, la persistance d'une sérologie positive pose le problème quasi insoluble de savoir s'il s'agit d'anticorps résiduels ou au contraire d'une véritable syphilis latente ; c'est-à-dire de savoir s'il persiste des tréponèmes dans des gîtes profonds inaccessibles tels que ganglions, système nerveux et parfois os. Les derniers travaux de Collart tendraient à montrer que même chez des sujets traités, le tréponème peut persister dans ces gîtes.

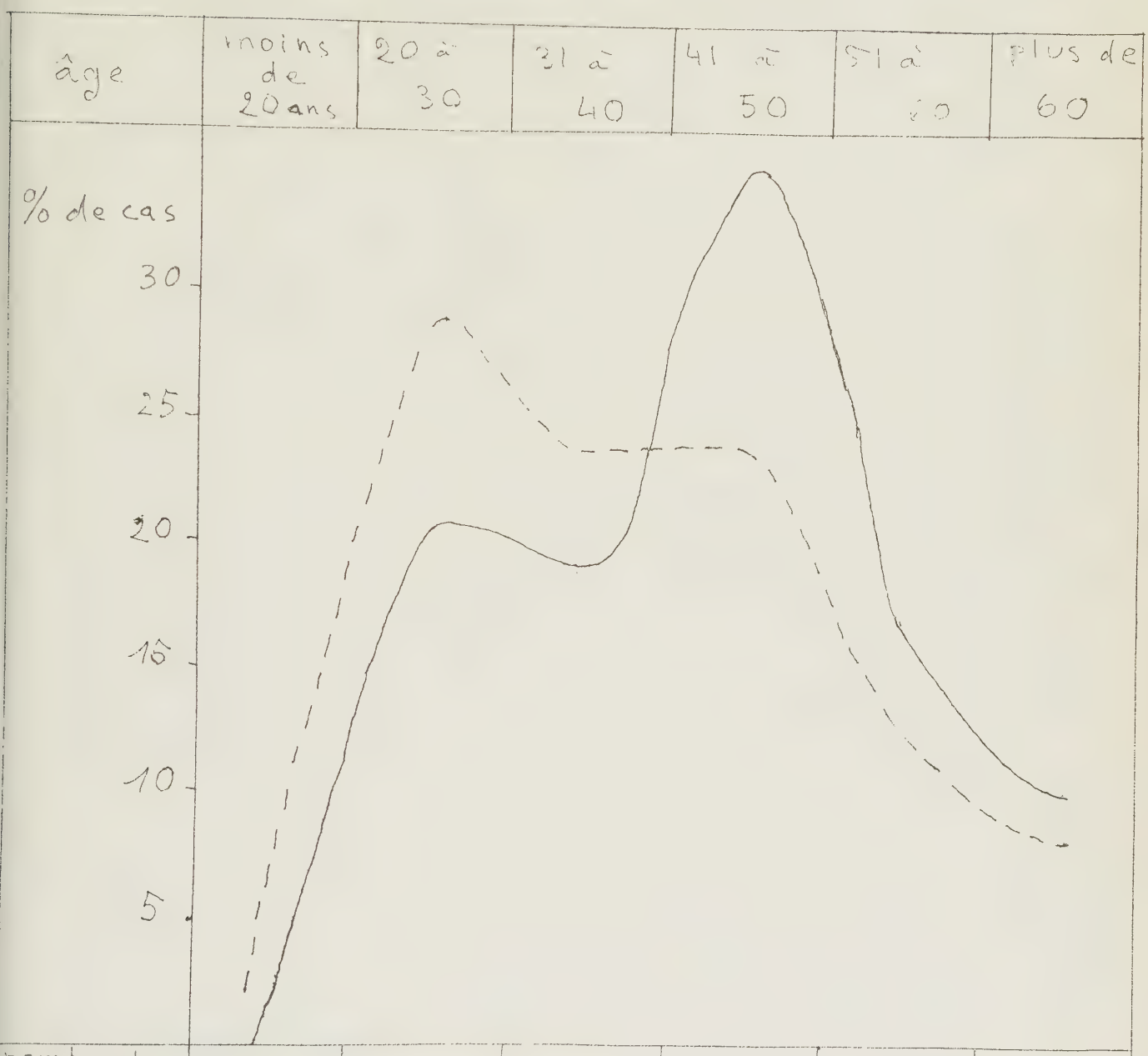
En principe les anticorps résiduels devraient rester stables et même baisser progressivement et lorsque ce taux est relativement élevé, il devrait baisser sous l'action du traitement.

Les plus sournoises des manifestations tardives sont les atteintes cardio-aortiques et nerveuses. Pour éliminer les premières, il convient de pratiquer un examen

Syphilis latente

Schéma M

Age et sexe



nombre de cas hommes	0	33	29	55	26	16
femmes	2	30	26	26	14	9
total	2	63	55	81	40	25

— hommes --- femmes

cardio-vasculaire et une radiographie thoracique de face et de profil, pour les secondes un examen neuro-psychiatrique complet comprenant l'étude du liquide céphalo-rachidien. Mais si la première condition est aisément réalisée, la seconde condition est plus difficilement réalisable car elle s'oppose aux réticences de patients qui se sentent en parfaite santé.

\+

\+ \+

Ainsi 176 sujets ont accepté relativement facilement de subir un examen cardio-vasculaire et radiologique du thorax mais il n'y en a que 27 à avoir bénéficié d'une consultation neuro-psychiatrique spécialisée, et 15 seulement à avoir accepté la ponction lombaire.

Néanmoins, en nous fiant à un examen clinique aussi soigneux que possible, nous considérons que parmi les 335 malades de notre statistique 266 peuvent être classés dans le groupe des syphilis latentes. Ce chiffre représente 79,7 % des individus que nous étudions, et seulement 9,4 % des 2.835 malades suivis au dispensaire dans le même laps de temps pour une syphilis sérologique asymptomatique.

Au cours des années ces malades ont été dépistés ainsi :

9 en 1946 ; 8 en 1947 ; 14 en 1948 ; 6 en 1949 ;7 en 1950; 10 en 1951 ; 6 en 1952 ; 4 en 1953 ; 9 en 1954 ;7 en 1955; 6 en 1956 ; 10 en 1957 ; 10 en 1958 ;12 en 1959;22 en 1960; 8 en 1961 ; 12 en 1962 ; 16 en 1963 ; 15en 1964;33 en 1965; 42 en 1966.

Le schéma M nous montre à quel âge le diagnostic de syphilis latente est porté, et nous voyons que chez les femmes c'est surtout entre 20 et 30 ans tandis que chez les hommes le maximum se situe entre 40 et 50 ans.
Il y a 159 hommes et 107 femmes de 17 à 78 ans.

Ce sont les incidents gynécologiques et surtout obstétricaux qui apportent ce taux plus important chez les femmes jeunes, tandis que ce sont les hospitalisations et le don du sang qui révèlent ces nombreuses syphilis latentes chez les hommes de 40 à 50 ans.

	moins de 30		31 à 40		41 à 50		plus de 50 ans	
	H	F	H	F	H	F	H	F
BW prénuptial	4	5	1	1				
Examen prénatal incidents obstétr. et gynécologiques		10		6		1		1
Enquête	4	4	5	10	2	5	1	1
Transfusion	7	1	4	1	12	4	5	1
Immigration	4	1	3	3	3	3	1	2
Cliniques	12	11	15	5	37	13	33	18
BW légaux autres	2		1		1		2	

Si le taux des syphilis latentes découvertes chez les femmes de la quarantaine grâce aux examens prénataux semble plus faible qu'aux périodes précédentes, c'est bien sûr parce que la fécondité est moins grande mais aussi parce qu'on demande moins souvent un examen sérologique chez les multipares. Et le décret du 22 février 1965 vient renforcer les médecins dans cette hérésie.

Observation 1

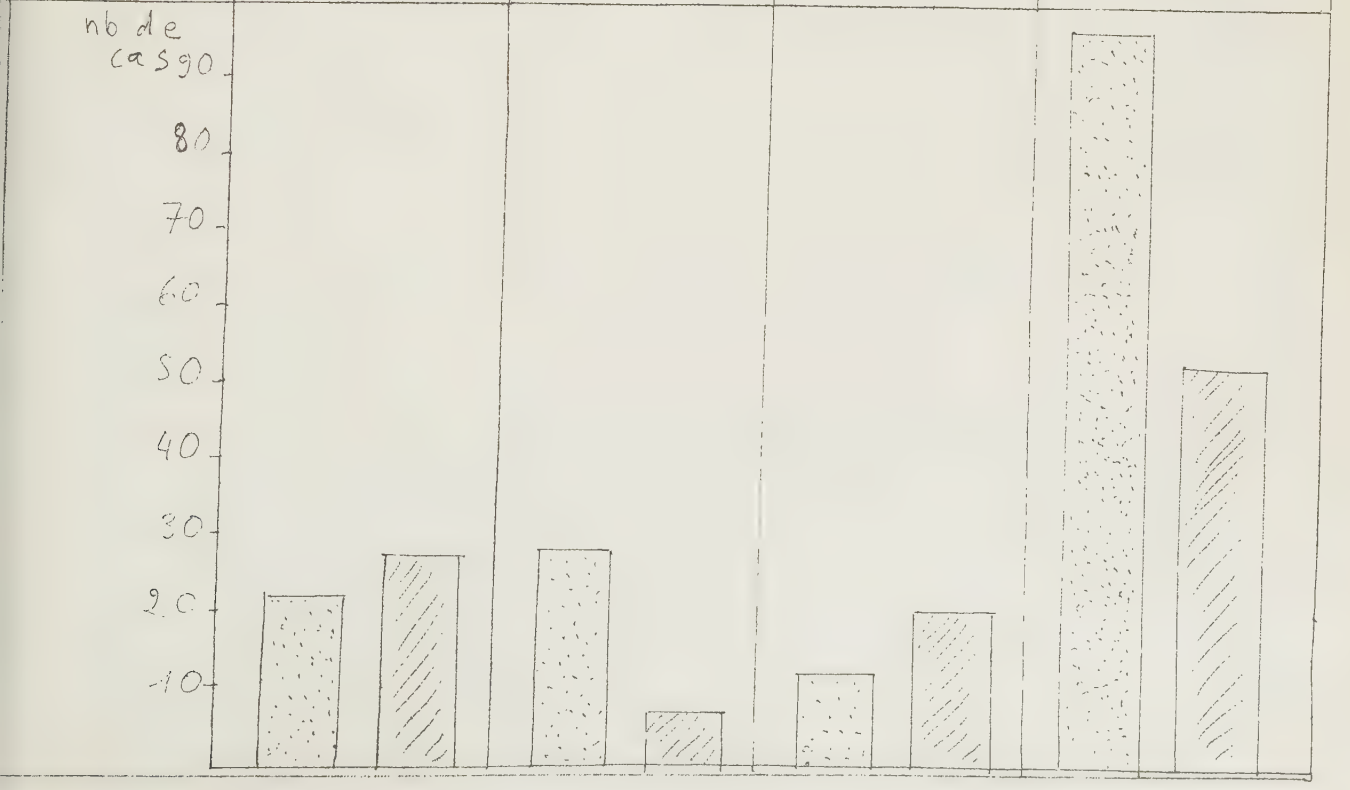
Nous en voulons pour preuve l'histoire de Mme L. Georgette, 40 ans, doss. 3.157, qui a subi son premier BW prénatal lors de sa cinquième grossesse : Reiter ++, Kolmer +++; Meinicke -, Kline -, Nelson 100 % en 1961. Après 4 ans de traitement la sérologie est toujours Reiter +++, Kolmer +++, Kahn -, Kline ±.

Syphilis latente

Schéma N

Motif du B.W. initial

Motif du B.W.	Légal	Volontaire	Enquête	B.W. Systématique
hommes	22	28	12	97
femmes	27	7	20	53
total	49	35	32	150



Il est vraisemblable que si des sérologies prénatales avaient été effectuées au moment des grossesses précédentes on aurait pu cerner le début de la maladie avec plus de chances de blanchir cette femme.

Le schéma N représente les motifs pour lesquels l'examen sérologique initial a été effectué, chez les hommes et les femmes. On a groupé ces motifs sous quatre rubriques :

- BW légal : comprenant les examens prénuptial et prénatal, les examens pratiqués dans les prisons, à l'Office d'Immigration et de Naturalisation.

- BW volontaire : correspond au groupe des donneurs de sang bénévoles.

- Enquête : lorsqu'à partir d'autres malades on a recherché les contaminateurs ou les contaminés.

- BW systématique : pratiqué chez les malades hospitalisés, ou demandé par les médecins praticiens à l'occasion de bilans généraux.

Si les femmes sont dépistées en plus grand nombre lors des examens requis par la loi, c'est qu'elles y sont plus fréquemment soumises que les hommes, et plus particulièrement parce que, pour elles, l'examen sérologique prénatal est obligatoire pour les trois premières grossesses. Cet examen est seulement facultatif pour leur mari.

Par contre, ce sont surtout les hommes qui se présentent aux collectes de sang.

Observation 2

C'est à cette occasion que M. G. Jean-Jacques, doss. 4.063 a été dépisté à l'âge de 21 ans. En 1964, il avait présenté une ulcération de la verge pour laquelle il avait consulté un dermatologiste. Celui-ci demanda un examen sérologique qui s'avéra négatif. Il en conclut qu'il s'agissait d'une érosion banale pour laquelle il prescrivit

des topiques locaux. 2 ans plus tard, lors d'un don du sang, la sérologie est : Reiter ++, Kolmer ++; Kahn -, Kline ± , Nelson 100 % (pendant ces deux années le malade a reçu divers antibiotiques pour des épisodes fébriles). L'examen du L.C.R. est normal, le luo-test négatif.

L'enquête épidémiologique, apporte le quart des syphilis latentes de notre statistique.

Observation 3

A ce propos voici l'histoire d'une famille où les parents ont été dépistés lors de l'hospitalisation de l'aîné des enfants. En 1962, M. H. Eugène, doss. 3.341, est hospitalisé en O.R.L., à l'âge de 28 ans, pour surdité de l'oreille droite. En plus il est atteint de kératite interstitielle et sa sérologie est positive : Reiter ++, Kolmer ++, Kahn +++, Kline +++, Nelson 77 %. On convoque la mère, Mme H. Anne, doss. 3.343. Elle a 60 ans, ne se souvient d'aucun antécédent spécifique et sa sérologie est Reiter +++, Kolmer +++, Kahn +++ , Kline +, Nelson 78 %. Le médecin de famille contacté, écrit que le mari a lui aussi une sérologie positive.

Quant aux examens systématiques banaux, leur éloge n'est plus à faire. Rien que parmi nos 266 malades, ils ont permis d'en dépister 149 soit 56,5%.

Observation 4

M. L. Jean-Claude, doss. 4.116, 37 ans, avait pris une maîtresse espagnole, ce qui lui valut le déplaisir de contracter trois blennorragies que son médecin traita à la pénicilline et à la rovamycine. A la quatrième gonococcie, le médecin demanda un examen sérologique qui revint : Reiter +++ 8 u., Kolmer +++ 8 u., Kahn ± < 2 u., Kline + < 2 u., Nelson 100 %.

Observation 5

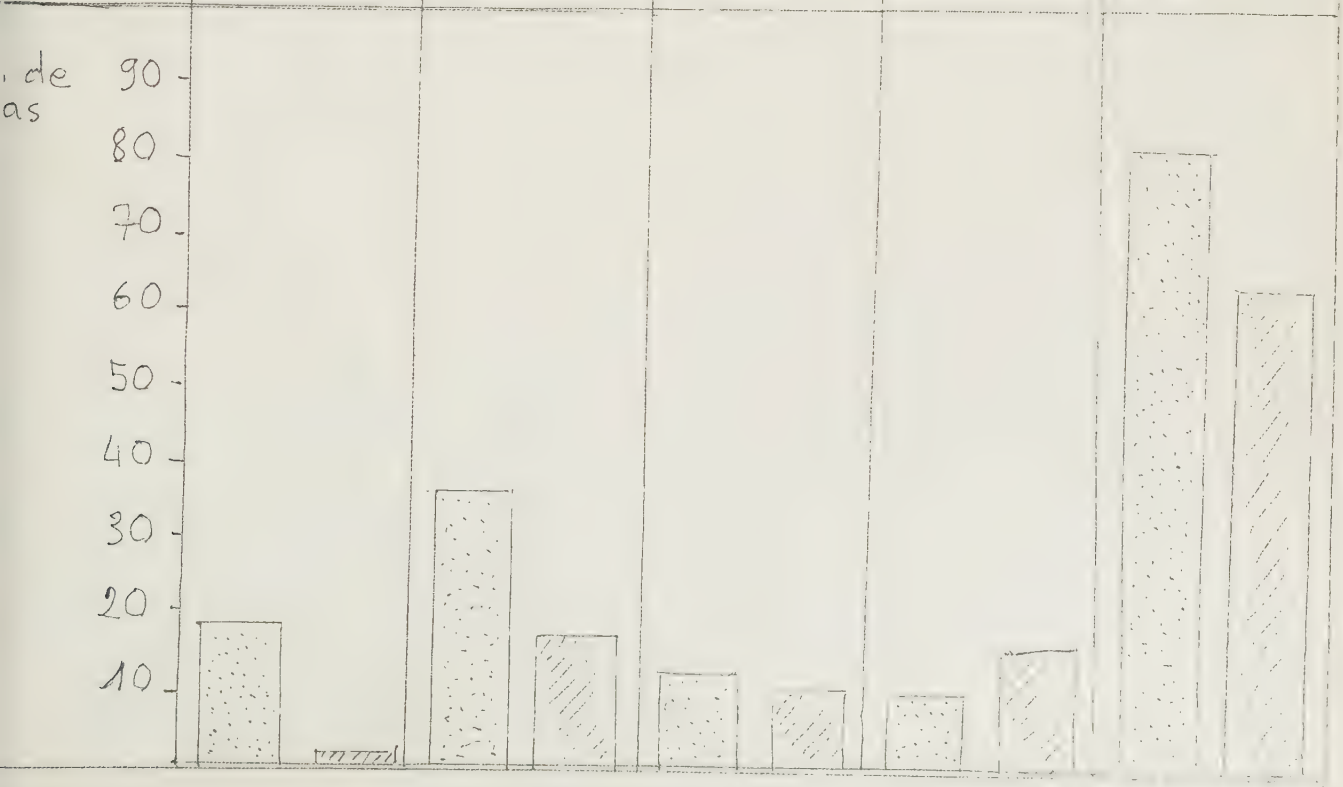
M. S. Robert, doss. 1.717, 31 ans, entre en sanatorium pour une tuberculose pulmonaire. Le BW systématique en 1949 est positif à +++ à toutes les réactions ;

Syphilis latente

Schéma 0

Recherche d'antécédents syphilitiques

ntécédents	Syphilis primaire ou secondaire	Syphilis connue depuis plus de 3 ans	Epoque du virage sérologique	Début probable donné par l'enquête	Aucun antécédent connu
hommes	19	36	12	10	2?
femmes	2	17	10	15	63
total	21	53	22	25	145



en 1958 Nelson 100 %. A la fin de la guerre, ce malade avait eu un chancre qui fut traité par un pharmacien bordelais. D'autre part, son fils aîné, né en 1942 présente à l'âge de 7 ans la sérologie que voici : Reiter +++, Kolmer +++, Kahn +++ , Kline +++.

L'âge moyen des malades dépistés par les examens systématiques est de 49 ans, il correspond à l'âge moyen des hospitalisés des services de médecine et chirurgie générale.

Pour voir s'il eut été possible de dépister et traiter ces malades plus tôt, nous avons essayé de répertorier les données de l'interrogatoire. Parmi nos 266 malades on obtient ainsi 5 catégories :

- 19 hommes et 2 femmes se rappellent leur accident primaire ou secondaire et peuvent en préciser l'année,
- 36 hommes et 17 femmes se savent syphilitiques depuis un certain nombre d'années.
- Chez 12 hommes et 10 femmes on a des examens sérologiques antérieurs négatifs,
- chez 10 hommes et 15 femmes l'enquête permet de retrouver l'époque probable du virage sérologique.
- 82 hommes et 63 femmes ne se souviennent d'aucun antécédent syphilitique et chez eux on ne retrouve aucune notion d'antériorité.

Le schéma O résume ces données, et les schémas P, Q,R, S, vont nous montrer comment se répartissent ces cas par catégories d'âge ; quel est l'âge moyen du contage pour chaque groupe et, à l'intérieur de ce groupe, comment on peut classer les individus selon l'âge où ils ont été contaminés.

Chez les 130 personnes pour lesquelles on peut fixer une date probable au contage :

Age du contage — Schéma P

Groupe de malades pouvant préciser la date du chancre ou de l'éruption secondaire

Tranche d'âge	groupes d'âge au moment du contage		
	âge moyen		nombre de cas
20 à 30 ans	19,5	avant 20 ans de 20 à 25 ans après 25 ans	2 3 2
31 à 40	28	2 chancres à 28 ans	
41 à 50	28	20 à 30 ans 31 à 40 ans	5 2
51 à 60	27	20 à 25 ans à 45 ans	4 1

Schéma Q

Groupe de malades se sachant syphilitiques depuis plusieurs années

Tranche d'âge	groupes d'âge au moment où ils se savent malades		
	âge moyen		nombre de cas
20 à 30	21	avant 20 ans	2
		de 20 à 25 ans	4
31 à 40	26	avant 20 ans	2
		de 21 à 30 ans	6
		avant 35 ans	2
41 à 50	26,5	avant 20 ans	2
		de 21 à 30 ans	13
		de 31 à 36 ans	4
51 à 60	29	avant 20 ans	1
		de 20 à 30 ans	6
		de 31 à 40 ans	3
		à 41 ans	1
au delà de 60	38,5	de 20 à 30 ans	2
		de 31 à 40 ans	1
		de 41 à 50 ans	3
		à 61 ans	1

Schéma K.

Groupe de malades où le virage sérologique permet de fixer le début probable de la maladie

Tranche d'âge	groupes d'âge selon le début probable		
	âge moyen		nombre de cas
20 à 30	21	avant 20 ans	2
		de 20 à 25 ans	6
31 à 40	29	de 20 à 30 ans	4
		de 31 à 36 ans	2
41 à 50	33	de 20 à 30 ans	4
		de 31 à 40 ans	1
		de 41 à 45 ans	2
au delà de 60	60	à 60 ans	1

Schéma 5

groupe où l'enquête épidémiologique permet de retrouver l'époque probable du contage

Tranche d'âge	groupe d'âge de début probable		
	âge moyen		nombre de cas
20 à 30	20,5	avant 20 ans	3
		de 20 à 25 ans	6
31 à 40	27	de 20 à 25 ans	4
		de 25 à 30 ans	3
		de 31 à 35 ans	3
41 à 50	27,5	de 25 à 30 ans	5
		de 30 à 35 ans	1

- 15 auraient pu être dépistées avant l'âge de 20 ans
- 27 avant 25 ans
- 56 avant 30 ans
- 13 avant 35 ans
- 10 avant 40 ans
- 9 après 40 ans

Or on s'aperçoit que :

- 30 sujets ont été traités avant l'âge de 30 ans
- 29 avant 40 ans
- 69 après 40 ans.

Ainsi 68 personnes, qui auraient pu être trouvées avant l'âge de 30 ans, ont échappé aux contrôles sérologiques aussi bien légaux que systématiques, ce qui représente 52,3 % des malades chez lesquels il est possible de retrouver l'époque probable de la contamination ; 121 sujets auraient pu être contrôlés avant l'âge de 40 ans, or 69 ne l'ont pas été, ce qui représente encore 57 % des cas.

Il apparaît que les dépistages sérologiques systématiques sont encore très insuffisants chez les adultes jeunes entre 20 et 40 ans, période au cours de laquelle ils sont vus par les médecins praticiens plutôt qu'hospitaliés . Ce fait est beaucoup plus net chez les hommes que chez les femmes. Les épisodes obstétricaux de ces dernières se situent à cette période et ont permis de dépister 16,7 % des 107 femmes de notre statistique.

Parmi nos 266 patients, 209 sont mariés :

- 93 à un conjoint sain,
- 82 à un conjoint syphilitique,
- 34 sont veufs,

On a recensé 417 enfants dont :

- 342 sont sains
- 39 sont atteints de syphilis congénitale,
- 36 sont mort-nés ou morts dans les premiers mois de leur existence.

Syphilis latente

Schéma T

Recherche des antécédents selon l'origine ethnique

ntécédents	France	Europe méditer-ranéenne	Afrique du Nord	Divers	Total général
yphilis -écente	17	1	2	1	21
yphilis nnue epuis plus e 3 ans	43	3	6	1	53
lirage rologique robable	20	1	—	1	22
ntécédents écisés par enquête	20	5	—	—	25
ucun técédent trouvé	113	12	18	2	145

D'après leur origine ethnique, nous avons groupé nos malades en quatre catégories :

- France : 121 hommes et 92 femmes
- Europe méditérranéenne : 15 hommes et 7 femmes
- Afrique du Nord : 20 hommes et 6 femmes
- Divers : 3 hommes et 2 femmes.

Parmi les 121 hommes français, 21 ont été contaminés à l'étranger, se répartissant ainsi :

- Afrique du Nord 7
- Indochine 8
- Europe centrale 6

Parmi les 22 ressortissants des pays de l'Europe méditérranéenne, soit 40,7 % des étrangers, on trouve :

Italiens	13
Espagnols	6
Grecs	2
Yougoslave	1

Parmi les 26 Nord-Africains on trouve :

Algériens	17
Marocains	6
Tunisiens	3

Il reste 5 individus dont 3 sont allemands, 1 ressortissant du Mali et 1 américain des U.S.A.

Le tableau T indique les données de l'interrogatoire chez ces divers groupes ethniques ; et le schéma U les pourcentages de ces données dans les quatre groupes et pour l'ensemble de la population. Les proportions des différentes données sont comparables dans chaque catégorie à l'exception des Nord-Africains. Les taux de syphilis récentes ou connues depuis plusieurs années chez les Nord-Africains est comparable à ceux retrouvés dans la population française, mais il se peut que ce soient les modalités d'immigration propres aux ressortissants d'Afrique du Nord qui augmentent le

pourcentage des cas où on ne retrouve aucun antécédent. Tandis que les Européens immigrent avec femme et enfants, les Nord-Africains laissent leur famille au pays et les hommes viennent seuls, si bien que l'enquête ne peut se faire au sein de la famille ; d'autre part les Algériens subissent généralement leur premier examen sérologique quand ils sont hospitalisés. De plus les difficultés de langue réduisent les possibilités de l'interrogatoire.

Voici un petit tableau récapitulant les différents pays où les malades ont été contaminés :

- France 200
- Afrique du Nord 33
- Europe méditérranéenne 22
- Europe continentale 9
- Asie 8
- Amérique du Nord 1
- Afrique Noire 1

Exception faite pour les 2 enfants, la nature vénérienne de la tréponématose est certaine pour la population européenne dont aucun individu ne vient d'un pays où sévit la syphilis endémique, ce qui représente 86,4 % de nos malades en syphilis latente. L'enquête familiale donne les résultats suivants :

- conjoint sain 83
- conjoint syphilitique 72
- conjoint décédé 32

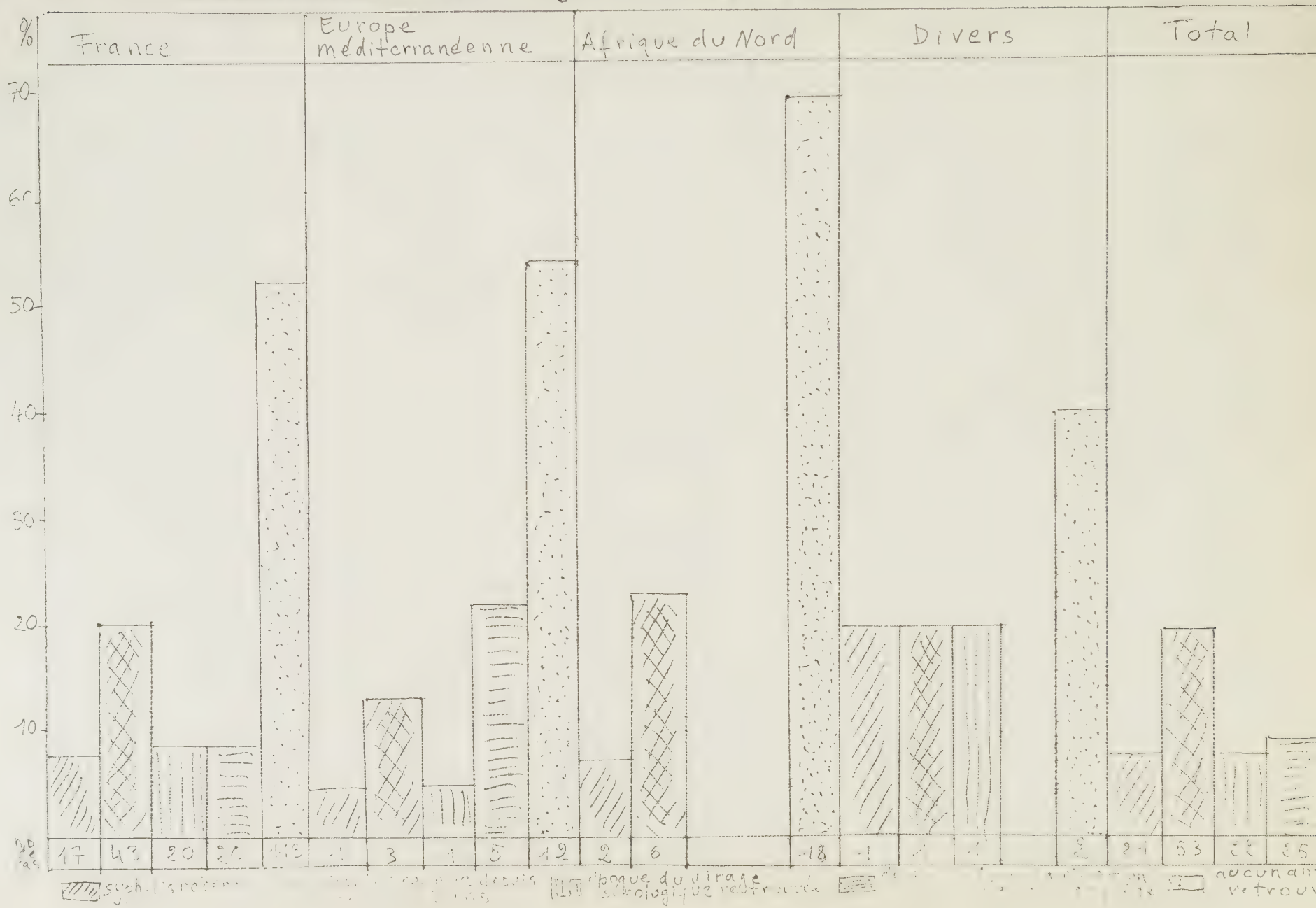
La descendance de ces sujets compte 360 enfants dont :

- enfants sains 290
- syphilis congénitale 38
- mort-nés 32

Parmi les 26 Nord-Africains qui représentent 12,3 % des syphilis latentes, l'interrogatoire permet d'affirmer que 8 sujets ont acquis une syphilis vénérienne soit 30,6 % de cette population. 10 malades sont venus en

Données relatives de l'interrogatoire par groupes ethniques

Schéma d



France sans leur famille. Parmi les 16 autres, on obtient les renseignements familiaux que voici :

- conjoint sain 10
- conjoint syphilitique 4
- conjoint décédé 2

Leur descendance comprend 56 enfants dont 51 sont sains. Les 5 enfants dont 1 est atteint de syphilis congénitale et 4 mort-nés ou morts dans les trois premiers mois de leur vie appartiennent à la même famille venue de Mogador.

Sur un si petit nombre d'observations on ne saurait avancer que ces Nord-Africains puissent être atteints de syphilis endémique.

Le seul sujet d'Afrique Noire à figurer dans notre statistique

Observation 6

M. T. Issa, doss. 3.390, 25 ans, vient du Mali. Son père est syphilitique, 6 frères et soeurs sont morts en bas âge, seuls 2 enfants sont encore vivants dont notre malade. Celui-ci s'est marié en 1957, ses deux premiers enfants sont morts à 18 mois, le troisième âgé de 1 an est vivant.

Pour les malades d'Afrique, il est difficile de faire le diagnostic entre syphilis vénérienne, pian et syphilis endémique au stade de latence de la maladie. La première aurait tendance à se répandre dans les ports, les villes et le long des voies de pénétration. Le pian serait strictem ent adapté aux climats forestiers, chauds et humides ; la syphilis endémique règnerait dans les zones semi-désertiques. Au stade de latence de la maladie il n'y a aucun critère biologique qui permette de trancher le débat. Il faut se fier aux données de l'interrogatoire qui cependant ne suffisent pas à affirmer l'origine extra-vénérienne d'une tréponématose. Voici deux observations appartenant au fichier du professeur BASSET qui montrent combien

il est difficile de porter le diagnostic de pian chez un adulte :

Observation 7

M. K. Abraham, 27 ans, est né en Côte d'Ivoire, dans une région pianique. En octobre 1966 il donne du sang au Centre de Transfusion. Sa sérologie est positive: Reiter +++, Kolmer +++, Kahn +++, Kline ++. Il est porteur de quelques cicatrices hyperpigmentées et son luotest est négatif.

Observation 8

D'autre part Melle N. Véronique, 23 ans, vient de Yaoundé au Cameroun. En mars 1966, au Centre de Transfusion Sanguine on lui trouve la sérologie que voici : Reiter +++; Kolmer +++ 256 u., Kahn + < 2 u., Kline + < 2u., Nelson 100 %, immunofluorescence +++. Cette jeune fille aurait pu contracter le pian dans son enfance, mais le taux élevé de la réaction de Kolmer quantitative cadre mal avec une tréponématose ancienne. Elle reçoit un traitement comprenant Bipénicilline-Extencilline et fait une poussée fébrile après l'injection ; en juin 1966 sa sérologie quantitative a baissé : Reiter +++ 8 u., Kolmer +++ 4u., Kahn 2u++, Kline 2u++, immunofluorescence +++.

Il est possible que M. K. ait eu le pian dans son enfance, mais il est plus vraisemblable que Melle N. ait acquis une syphilis vénérienne récente.

Il semble que la sérologie quantitative soit faible en cas de syphilis latente. Chez 50 sujets où le diagnostic de syphilis latente a été porté et où l'examen sérologique quantitatif a été demandé on trouve:

- 110 fois < 2 u.
- 26 fois 2 u.
- 20 fois 4 u.
- 20 fois 8 u.
- 5 fois 16 u.

INVENTAIRE RECAPITULATIF

Notre statistique a porté sur 335 malades se répartissant en :

-193 hommes et 142 femmes

-271 Français et 64 étrangers

le diagnostic de départ a été :

-syphilis récente 23 cas

-syphilis tardive 18 cas

-syphilis congénitale 28 cas

-syphilis latente 266 cas

Le motif de l'examen sérologique révélateur a été :

-sérologie requise par la loi 53 fois

-sérologie volontaire (don du sang) 41 fois

-enquête épidémiologique 47 fois

-sérologie systématique 194 fois

L'enquête effectuée à partir de ces 335 personnes a permis de découvrir 206 autres malades :

- 11 syphilis récentes
- 8 syphilis tardives
- 69 syphilis congénitales
-118 syphilis latentes

Les seules données de l'interrogatoire montrent que 149 malades auraient pu être dépistés plus tôt :

-5 ans plus tôt	44 cas
-10 ans	26 cas
-15 ans	17 cas
- 20 ans	34 cas
- 25 ans	20 cas
- 30 ans	6 cas
- 40 ans	2 cas

Les examens requis par la loi ont permis de découvrir 53 malades ; les examens sérologiques systématiques 194 ; 149 malades auraient été en mesure de donner au médecin qui les eût convenablement interrogés, toutes indications utiles pour porter le diagnostic plus tôt. Enfin l'enquête épidémiologique effectuée par Melle ULLMO a permis de dépister 253 nouveaux malades, dont 47 figurent dans notre statistique.

Fréquence relative des syphilis dépistées par examen sérologique systématique

par rapport à l'ensemble des syphilis dépistées au dispensaire de Strasbourg

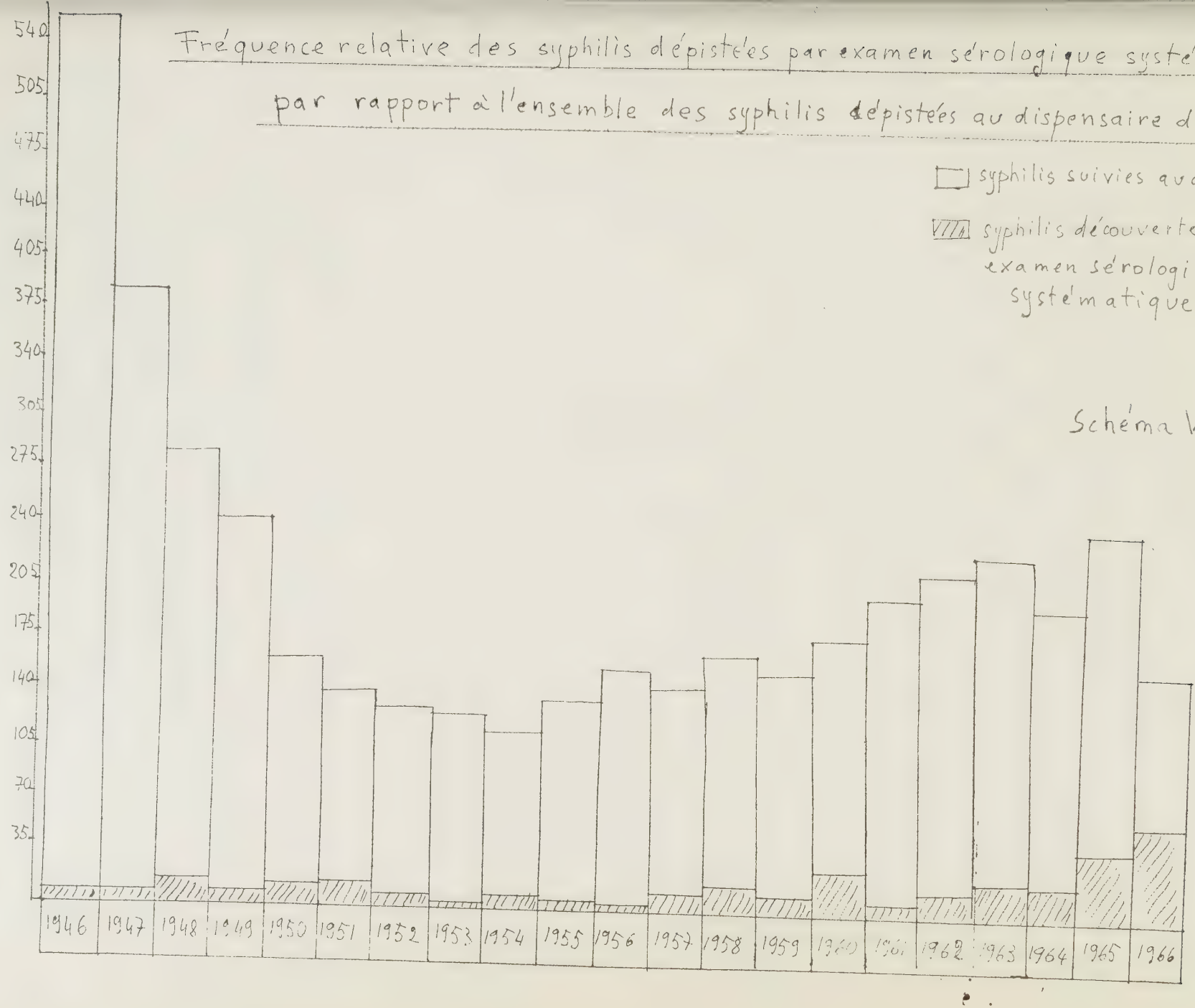


Schéma V

INTERET DU DEPISTAGE DE LA SYPHILIS ET TRAITEMENT

Ainsi que le montre le schéma U les examens sérologiques systématiques tiennent une place de plus en plus importante dans le dépistage de la syphilis puisqu'il a varié pour les syphilis latentes de 3,5 % en 1946 à 40,3 % en 1966. Cette évolution tient à 3 facteurs principaux :

1) les praticiens ignorent de plus en plus les signes cliniques de cette affection et de nombreux malades échappent ainsi à leur examen.
2) des traitements antibiothérapiques intempestifs modifient l'évolution clinique de la maladie car ils aboutissent à un blanchiment rapide des lésions cliniques florides de la période récente sans empêcher l'affection d'évoluer en profondeur.
3) les lois sociales et les examens systématiques pratiqués dans de nombreuses industries multiplient les occasions de dépister les syphilis latentes ou méconnues et celles-ci ont beaucoup moins de chances de passer inaperçues.

L'importance du dépistage systématique de la syphilis est double : il est prophylactique et il est thérapeutique.

Intérêt prophylactique

Il est inutile d'insister sur le fait que grâce à la pénicilline les tréponèmes disparaissent en 48 heures des lésions superficielles et de ce fait elle diminue grandement les risques de contamination.

Les dépistages systématiques ne permettent pourtant de découvrir qu'un petit nombre de syphilis

précoces contagieuses.

Intérêt thérapeutique

C'est dans ce domaine que le dépistage systématique de la syphilis joue le plus grand rôle car actuellement ne sont vraiment dangereuses que les syphilis méconnues.

Les sanctions thérapeutiques qui découlent de la découverte d'une syphilis varient suivant l'âge de la maladie et de l'intégrité ou non du système nerveux et des viscères.

Dans les formes précoces, la pénicilline seule ou complétée par des cures de consolidation de métaux lourds assure la guérison dans 90 % des cas au moins.

Au contraire, dans les formes tardives surtout viscérales ou nerveuses, le traitement n'apporte qu'un blanchiment et non la guérison complète, en dépit de certaines opinions optimistes. Ces malades seront non seulement soumis à une surveillance médicale régulière mais encore à des cures d'entretien. Là encore, selon ses conceptions on aura recours soit à la pénicilline en cures itératives, soit à la pénicilline associée à des cures de métaux lourds.

Quelques unes de nos observations permettent des considérations intéressantes sur la syphilis congénitale. Pour beaucoup d'auteurs modernes notamment des pédiatres, il ne pourrait y avoir transmission congénitale qu'à la période précoce de la maladie, c'est-à-dire pendant les premiers mois, voire la première année après la contamination maternelle. Or dans nos observations, nous voyons des enfants de la même famille atteints de syphilis congénitale avec plusieurs années d'écart. Dans la famille de l'enfant R. Antoine (observation 3) la mère a transmis sa maladie à 2 enfants nés à 2 ans d'intervalle ; et dans la famille de B.Pietro (observation 4)

Schéma W

Evolution de la sérologie et du Nelson

chez les malades de notre enquête

(avec un recul de 3 ans au moins)

Stade de la maladie	Délai	Sérologie		Nelson	
		négative	positive	négatif	positif
Syphilis récente	après 3 ans	6	4	5	8
	7 ans	7	2	1	4
	12 ans et plus	2	—	—	—
Syphilis tardive	après 3 ans	1	—	—	2
	7 ans	3	1	—	3
	12 ans et plus	2	4	—	3
Syphilis congénitale	après 3 ans	3	4	2	4
	7 ans	3	1	1	2
	12 ans et plus	3	2	—	3
Syphilis latente	après 3 ans	13	25	1	20
	7 ans	58	26	—	14
	12 ans et plus	6	36	1	35

la mère a conçu 3 enfants syphilitiques successivement en 1939, 1945 et 1949 ; l'écart est ici de 10 ans.

Le danger de la syphilis congénitale paraît moins grand qu'on ne l'avait pensé au début du siècle mais il a cependant été minimisé à l'excès ces dernières années et il convient de traiter toutes les femmes enceintes ayant une sérologie spécifique positive.

Dans les formes latentes l'attitude thérapeutique est plus difficile à codifier. S'il s'agit d'une forme avec des taux d'anticorps peu élevés, sans lésion profonde, on peut mettre en doute l'intérêt d'une thérapeutique. Néanmoins si un sujet n'a jamais été traité, il est logique de lui faire une cure de pénicilline suffisante, puis de le laisser sous surveillance médicale. L'expérience a montré que ces sérologies sont habituellement irréductibles malgré des traitements prolongés, on observe surtout ces faits dans les tréponématoses extravénériennes comme le pian et la syphilis endémique.

Il reste un point important qui consiste à définir les critères de guérison. On oublie trop souvent que le but du traitement n'est pas la négativation sérologique en soi mais bien l'arrêt de l'évolution de la maladie vers les accidents tardifs et congénitaux. Les critères sérologiques varient d'ailleurs selon qu'on considère les réactions cardiolipidiques ou le test de Nelson. Ces divergences apparaissent dans le tableau W. Il apparaît que dès qu'on quitte la phase précoce, le test de Nelson ne se négative pratiquement jamais. Il reste à savoir si une sérologie positive est vraiment incompatible avec la guérison clinique.

On peut admettre que, comme dans d'autres maladies parasitaires ou infectieuses, la persistance d'anticorps résiduels est une notion conforme aux données actuelles de l'immunologie.

A notre avis, la surveillance clinique a plus de valeur que la surveillance sérologique et cette dernière doit être considérée bien plus quantitativement que qualitativement. Il est certain que la remontée du taux d'anticorps fait craindre la reviviscence de la tréponématose à moins,comme le suggèrent d'aucuns, qu'elle ne manifeste une surinfection. Dans les deux éventualités cette augmentation du taux d'anticorps commande la poursuite de la thérapeutique.

En somme, quand il s'agit de formes récentes, on peut partager l'optimisme des anglo-saxons en pensant qu'un traitement court et même parfois unique permet la guérison. Mais dans la grande majorité des cas au contraire, les formes tardives exigent, comme dans le passé une surveillance continuelle et de nombreuses cures d'entretien.

- C O N C L U S I O N S -

Les examens sérologiques systématiques prennent une part de plus en plus grande dans le dépistage de la syphilis. Il serait souhaitable de multiplier les occasions où sont pratiqués ces examens systématiques. En particulier ce dépistage sérologique systématique devrait s'intégrer dans tous les bilans biologiques effectués chez les malades hospitalisés et les consultants.

- le pourcentage élevé de syphilis dépistées par le laboratoire provient en partie de la méconnaissance de cette affection par les praticiens, il serait bien nécessaire d'élargir la place accordée à l'étude de cette maladie dans les programmes d'enseignement.
- l'intérêt du dépistage systématique ne concerne pas seulement l'individu malade mais dans de nombreux cas il a permis de découvrir cette affection chez d'autres membres de son entourage.
- en dehors de son intérêt prophylactique évident, le dépistage de la syphilis a un gros intérêt pronostic car les moyens thérapeutiques actuels font que seules les syphilis méconnues risquent de revêtir une réelle gravité. Plus le dépistage de la maladie est précoce, plus il a de chance de prévenir l'installation de lésions irréversibles telles qu'on en rencontre encore dans la grande ataxie tabétique; la démence au cours d'une méningo-encéphalite diffuse ; l'anévrisme de la crosse aortique ; sans oublier certaines séquelles définitives telles que cécité et surdité dans la syphilis congénitale.

VU
STRASBOURG, le 19 Janvier 1968
Le Président de Thèse
Signé : A. BASSET

VU et approuvé
STRASBOURG, le 19 Janvier 1968
LE DOYEN DE LA FACULTE DE MEDECINE
Signé : J. CLAVERT

B I B L I O G R A P H I E

1 - AKRAWI Is Bejel syphilis ?
Brit. J. of Vener. Dis. 1949 25 115 - 123

2 - ASTRUC Traité de la syphilis
Edit. Franç. 1774

3 - BASSET (A), BOIRON (H), LINHARD (J), Mme BASSET (M)
Le rôle de la syphilis dans certaines manifestations pathologiques observées en Afrique.
Bull. Soc. Fr. Derm. Syph. 1960 67 (3) 529 - 535

4 - BASSET (A) Les Tréponématoses en Afrique
Rev. Méd. 1962 3 805 - 810

5 - BASSET (A), BOIRON, CASTETS, Mme BASSET, MOYEN
A propos du foyer sénégalais de syphilis endémique
Bull. Soc. Path. Exot. 1962 55 98 _ 116
1963 56 173 - 181

6 - BASSET (A), BOIRON (H)
Le pronostic de la syphilis endémique
XXIV. Ass. gén. U.I.P.V.T. Lisbonne 1964

7 - BASSET (A), BOIRON (H)
Le Bejel
Encycl. Méd. Chir. Maladies infectieuses 1966-8039 D^{10}
Le Pian
Encycl. Méd. Chir. Maladies infectieuses 1966-8039 E^{10}

8 - BESSIERE, VERIN, LEGOFF, LEIFER
La syphilis en ophtalmologie
J. Méd. Bordeaux 1963 140 1.419

9 - BOLGERT (M), DELUZENNE (R)
A propos de la fréquence actuelle des syphilis uniquement sérologiques
Bull. Mém. Soc. Méd. Hop. Paris 1962 6 477 - 484

10 - BOLGERT (M), DELUZENNE (R)
A propos de la syphilis sérologique actuelle
Ann. Derm. Syph. 1962 69 339 - 344

11 - BOLGERT (M), LEVY (G), DAGUET (G),
A propos du dosage quantitatif des réagines dans la syphilis acquise.
Bull. Soc. Fr. Derm. Syph. 1958 65 26 - 30

12 - BOUDIN (G) Aspects actuels de la syphilis nerveuse et de son traitement.
Rev. Prat. 1964 14 1871 - 1874

13 - BOUDIN (G), DURUPT (L)
Fin de la syphilis nerveuse
Cong. Méd. Alien. Neurol. Fr. Nice 1955

14 - BUTLER De la tréponématose en marge des rapports du pian et de la syphilis
Ann. Derm. Syph. 1931 38 1188 - 1195

15 - CALAS, BONNET, FLORENS
Epidémiologie de la syphilis
Bull. Soc. Fr. Derm. Syph. 1965 72 (4 bis) 451

16 - CALLETTI (G) Medical education against venereal diseases in Emigrants
XXIV Ass. Gén. U.I.P.V.T. Lisbonne 1964

17 - CARLE (M) Statistique et épidémiologie de la syphilis
Bull. Soc. Fr. Derm. Syph. 1933 40 912 - 917

18 - CHARPY (J) Le problème de la syphilis congénitale d'après le congrès de Zürich
Rapports de la Soc. Fr. Derm. Syph. Edit. Leconte Marseille 1950 50 - 58

19 - CHATAGNON La fin de la syphilis nerveuse
Soc. Méd. Psych. 1965 41

20 - COLLART (P), BOREL (L), DUREL (P)
La syphilis tardive humaine
Ann. Inst. Pasteur 1962 102 693 - 704

21 - COLLART (P) Etat actuel des recherches sur la persistance des tréponèmes au cours de la syphilis tardivement traitée.
Bull. Soc. Fr. Derm. Syph. 1965 72 (4 bis)542 -556

22 - DAGUET (G) L'aide de la sérologie et de l'immunologie au diagnostic de la syphilis
Rev. Prat. 1964 14 (14) 1815 - 1834

3 - DUPERRAT (B) Actualité de la syphilis
J. Méd. Toulouse 1964

4 - DUPERRAT (B) La syphilis
Précis de dermatologie Masson Edit. Paris 1958

5 - DUREL (P) Etat des maladies vénériennes
Vie Méd. 1959 40 15 - 22

6 - DUVERNE , SAUZET
Résultats de dépistage sérologique systématique de la syphilis au cours des dix dernières années dans une région industrielle et minière (Loire et Rhône)
Rev. Hyg. Méd. Soc. 1955 3 (5) 434 - 461

7 - DA FONSECA (A)
Les maladies vénériennes tendent à s'accroître
XXIV Ass. Gén. U.I.P.V.T. Lisbonne 1965

8 - DA FONSECA (A),OSSWALD (W), COUCEIRO (M.A.) VEIGA (C)
Epidemiological inquiries in the antivenereal battle
XXIV Ass. Gén. U.I.P.V.T. Lisbonne 1965

9 - FONTAN (A), VERGER (R), BATTIN (J.J.)
Place actuelle de la syphilis en pédiatrie
J. Méd. Bordeaux 1963 140 1.423

0 - FOURNIER (A) Le Traité de la Syphilis
Rueff. Edit. Paris 1899

1 - FOURNIER (A) Les affections parasyphilitiques Paris 1894

2 - FROMENT, GONIN
Le rétrécissement aortique par valvulite syphilitique
Arch. Mal. Coeur 1945 257 - 260

3 - GALLAVARDIN (L)
Angine de poitrine et coronarite syphilitique
Rev. Lyonn. Méd. 1932 64

4 - GALLAVARDIN (L)
Les cardio-aortites syphilitiques
Marseille Méd. 1927 20

5 - GALLAVARDIN (L)
Les angines de poitrine Masson Edit. Paris 1925

6 - GALLAVARDIN (L), GRAVIER (L)
Le diagnostic de l'insuffisance aortique syphilitique et ses difficultés
J. Méd. Lyon 1931 63 531 et 569

7 - GARCIA (A) Clinique et pathologie de la neuro-syphilis
Masson Edit. Paris 1953

8 - GARDANE (J.J.) Recherches pratiques sur les différentes manières de traiter les maladies vénériennes
Didot le Jeune Edit. Paris 1779

- GARNIER (G) Les grandes lignes du traitement actuel de la syphilis
Vie Méd. 1963 44 421 - 428

0 - GATE (J) Conduite à tenir devant un faux BW positif
Rev. Lyonn. Méd. 1954 12 471

1 - GATE, SOHIER, THIVOLET, SAUCAZ-LARAME et ROLLAND
L'épreuve d'immobilisation de Nelson-Mayer dans le dépistage des réactions classiques faussement positives de la syphilis
J. Méd. Lyon 1952 104 707 - 713

2 - GATE (J) Examens systématiques de dépistage de la syphilis
Rev. Hyg. Méd. Soc. 1955 3 (5) 462 - 468

3 - GAUCHER, BIZARD
La syphilis après 2 années de guerre (St-Louis)
Ann. Mal. Vén. 1917 1 1 - 9

4 - GAUJOUX (E), VIGNE (P)
Recrudescence de la syphilis à Marseille
Bull. Soc. Fr. Derm. Syph. 1933 40 951 - 957

5 - GAYRAUD Quelques réflexions sur une campagne de lutte contre les tréponématoses dans la vallée du fleuve Sénégal
Méd. Afr. Noire 1961 8 230 - 232

- GERBAUX (A) Etat actuel de la Syphilis cardio-vasculaire
Rev. Prat. 1964 14 (14) 1861 - 1868

7 - GODLEWSKI (G et J) Résultats communiqués aux Assises départementales de médecine sur l'état actuel de la syphilis en France.
Bull. Acad. Méd. 1963 147 (33-34) 681 - 684

- DE GRACIANSKY (P), BOULLE (S)
La syphilis
Atlas de dermatologie Maloine Edit. Paris 1952

- GRIN
Epidemiology and control of endemic syphilis
OMS 1953 monographie 11

- HALLOPEAU (H), FOUQUET (Ch)
Le traité de la syphilis
Baillière Edit. Paris 1911

- HUDSON
The treponematose or treponematosis ?
Brit. J. Vener. Dis. 1958 34 22- 23

- HURIEZ (Cl)
La syphilis reste un fléau redoutable
Conc. Méd. 1951 16 1465 - 1469

- HURIEZ (Cl), AGACHE (P)
La syphilis viscérale
Bull. Soc. Fr. Derm. Syph. 1965 72 (4 bis) 480

- HURIEZ (Cl), AGACHE (P)
La syphilis viscérale et nerveuse
Marseille Méd. 1964 759 - 784

- HURIEZ (Cl)
Présentation d'un schéma sur l'évolution de l'endémie syphilitique, de son traitement et de la lutte antivénérienne
Bull. Soc. Fr. Derm. Syph. 1965 72 (4 bis) 632-635

- HURIEZ (Cl), DESMONS, VANOUERSCHELDE, BAELDEN
A propos de 5.000 syphilis dépistées à Lille de 1945 à 1964
Bull. Soc. Fr. Derm. Syph. 1965 72 (4 bis)628-632

- HURIEZ (Cl),AGACHE (P), BRIOIS (J.R.)
Le visage actuel de la syphilis congénitale
Lille Méd. 1963 8 (10) 882 - 886

- HURIEZ (Cl)
Le visage actuel de la syphilis congénitale
Bull. Soc. Fr. Derm. Syph. 1963 70 162 - 173

- HURIEZ (Cl), FONTAN (M), AGACHE (P), SOUILLIART (F)
La syphilis viscérale tardive
Lille Méd. 1963 8 (10) 876- 882

60 - HURIEZ (Cl) Bilan de deux décennies de syphiligraphie à Lille
Bull. Acad. Méd. 1965 149 (9) 165 - 173

61 - JAYLE (M.G.) La place de la syphilis en pathologie oculaire
Rapports Soc. Fr. Derm. Syph. Edit.Leconte
Marseille 1950, 59

62 - JEANSELME Traité de la syphilis Doin Edit. Paris 1931

63 - JOULIA (P), LE COULANT, TEXIER, MALEVILLE
Résultats du traitement de la syphilis primo-secondaire par la pénicilline seule. Expérience de 14ans
Bull. Soc. Fr. Derm. Syph. 1965 72 633 -641

64 - JOULIA, LE COULANT, TEXIER, MALEVILLE
Le traitement de la syphilis chez la femme enceinte par la pénicilline seule. Résultats observés chez l'enfant. Expérience de 14 ans.
Bull. Soc. Fr. Derm. Syph. 1965 72 641 - 644

65 - JUMON (L) Etude sur les syphilis ignorées
Thèse Paris 1880

66 - LACAPERE La syphilis africaine et asiatique
Nouv. Prat. Derm. Masson Edit. Paris 1936 3

67 - LANCEREAUX (E) Traité historique et pratique de la syphilis
Baillière Edit. Paris 1873

68 - LANCEREAU X (E) Des affections syphilitiques nerveuses
Baillière Edit. Paris 1861

69 - LANGERON (L), CORDONNIER (V)
Syphilis sérologique en milieu hospitalier
Bull. Acad. Méd. 1942 126 (14 - 17) 281 - 282

70 - LE COULANT (P) Etat actuel de la syphilis
J. Méd. Bordeaux 1963 140 1403 - 1437

71 - LE COULANT, TEXIER, MALEVILLE
Epidémiologie et aspects cliniques actuels de la syphilis récente dans la région bordelaise
Bull. Soc. Fr. Derm. Syph. 1965 72 575 - 576

72 - LE COULANT, TEXIER, MALEVILE
Problème épidémiologique et clinique actuels de la syphilis récente
J. Méd. Bordeaux 1963 140 1404 - 1409

73 - LENEGRE (J), HAZIM (A)
Les lésions aortiques et cardiaques de l'aortite syphilitique
Arch. Mal. Coeur 1943 121 - 140

74 - LEPAGE (F) Syphilis et grossesse
Rev. Prat. 1964 14 (14) 1877 - 1882

75 - LEREDDE L'organisation de la lutte antisyphilitique en France
Rev. Int. Hyg. Publ. 1921 1 31

76 - LOUSTE, LEVYFRANCKEL et THIBAUT
Statistique de la policlinique Hillairet
Bull. Soc. Fr. Derm. Syph. 1933 40 944 - 946

77 - MAGIMEL (H) A propos de la recrudescence de la morbidité syphilitique Thèse Bordeaux 1961

78 - MARCERON (L) L'enquête épidémiologique dans la lutte contre les maladies vénériennes
Proph. Sanit. Mor. 1956 28 (12) 272 - 279

79 - MARCERON (L), RAGU (J)
La syphilis nerveuse
Proph. Sanit. Mor. 1956 28 (10) 215 - 229

80 - MARIE, HIRSCH Sur le dépistage de la syphilis en grande série
Bull. Soc. Fr. Derm. Syph. 1945 52 66

81 - MICHEL (P.J.), CHANIAL (G), LUGAND (A)
Sur la fréquence des syphilis méconnues et découvertes fortuitement par des examens sérologiques systématiques réalisés lors des hospitalisations
Bull. Soc. Fr. Derm. Syph. 1938 45 241

82 - MILIAN (G) La syphilis héréditaire
Nouv. Prat. Derm. Masson Edit. Paris 1936 3

83 - MILIAN (G) La syphilis tertiaire
Nouv. Prat. Derm. Masson Edit. Paris 1936 2 et 3

- OLMER (D) Le point de vue du médecin généraliste sur la place de la syphilis en pathologie générale
Rapports Soc. Fr. Derm. Syph. Leconte Edit. Marseille 1950, 13

- PAUPE (J), CHARLAS (J)
Recrudescence actuelle de la syphilis congénitale
Méd. Inf. 1963 70 (4) 209

- PAUTRIER (L.M.) Sur l'organisation générale des hopitaux militaires de vénériens et des services annexes
Ann. Derm. Syph. 1916 23 233

- PAUTRIER (L.M.) La syphilis est-elle en régression
Rev. Hyg. 1925 47 (12) 1014

- PAUTRIER (L.M.), SCHMUTZ, GLASSER, Melle ULLMO
L'évolution de la syphilis à Strasbourg de 1925 à 1933
Bull. Soc. Fr. Derm. Syph. 1933 40 898 - 911

- PAUTRIER (L.M.), ULLMO (A)
Résultats négatifs obtenus par la pénicilline dans des essais de négativation de réactions sérologiques stabilisées.
Bull. Soc. Fr. Derm. Syph. 1951 58 211 - 212

- PAUTRIER (L.M.) Conclusions de la réunion spéciale de la filiale de Strasbourg de laSociété Française de Dermato-vénéréologie
Bull. Soc. Fr. Derm. Syph. 1933 40 1045

- RADOVICCI (A) La neuro-syphilis. Masson Edit. Paris 1933

- RAVAUT (P) Les maladies dites vénériennes
Colin Edit. Paris 1922

- RAVAUT (P) Une nouvelle syphilis nerveuse
Masson Edit. Paris 1934

- RAYNAUD (M) Quelques réflexions sur la syphilis exotique
Imp. Champ. Langres 1946

ROLLAND Le test d'immobilisation du tréponème dans le dépistage des syphilis latentes et des réactions faussement positives aux antigènes cardiolipidiques
Thèse Lyon 1953

- SCHNEIDER (K) Syphilis de découverte fortuite
Der. m. Zeitsch. 1931 61 (5 - 6) 365

- SEZARY (A) La syphilis du système nerveux
Masson Edit. Paris 1938

- SEZARY (A) Problème de la syphilis exotique
Ann. Derm. Syph. 1932 39 977 - 997

- SOLENTE Les syphilis endémiques et leur signification
Presse Méd. 1961 69 2289 - 2291, 2363 - 2365

- SOUMIREU La syphilis en pathologie obstétricale
J. Méd. Bordeaux 1963 140 1434

- TIXIER (L) Les enfants syphilitiques
Expansion Scientifique Française Paris 1925

- TOURAINE (R), CIVATTE (J)
L'infection syphilitique
Rev. Prat. 1964 14 (14) 1847 - 1858

- TOURAINE (R) Syphilis congénitale
Bull. Soc. Fr. Derm. Syph. 1965 72 (4 bis) 489-490

- TOURAINE (A) Tendance actuelle à la recrudescence de la syphilis
Presse Méd. 1957 65 1851 - 1854

- TOURAINE (A),RIME, RENAULT
A quel âge se prend la syphilis dans la clientèle d'hôpital
Bull. Soc. Fr. Derm. Syph. 1932 39 626

- TOURAINE (A) Le péril vénérien
Proph. Sanit. Mor. 1958 30 (8) 170 - 183

- TOURAINE (A) Reprise actuelle des maladies vénériennes en France et à l'étranger
Proph. Sanit. Mor. 1961 33 (6) 138 - 142

- TRIANA Etude schématique et comparative de la syphilis, du pian et du mal del Pinto
Ann. Derm. Syph. 1949 53 276 - 289

- ULLMO (A) Jumeaux de 20 ans, l'un entaché de syphilis congénitale, l'autre indemne
Bull. Soc. Fr. Derm. Syph. 1951 58 597

- ULLMO (A), LEVY (J.F.)
Conduite à tenir devant une syphilis sérologique : Discussion du traitement
Strasbourg Méd. 1965 16 863 - 867

- ULLMO (A)
Faisons le point sur l'état actuel de la syphilis
Strasbourg Méd. 1965 16 12 - 18

- ULLMO (A)
Guérison contrôlée par la réaction de Nelson de syphilis primaires et secondaires traitées par une seule cure de pénicilline retard.
Bull. Soc. Fr. Derm. Syph. 1965 72 660 - 662

- ULLMO (A)
Doit-on traiter systématiquement les enfants nés de mères séro-positives ?
Bull. Soc. Fr. Derm. Syph. 1953 60 116 - 117

- VAUCEL
Pian
Médecine tropicale Flammarion Edit. Paris 1956

- VIEU (M)
L'importance de l'enquête épidémiologique dans le dépistage de la syphilis
Thèse Toulouse 1964